



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O STRESS NO ENFERMEIRO CUIDADOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Diana Isabel Rodrigues Sequeira

Escola Superior de Saúde
Setembro de 2013



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O STRESS NO ENFERMEIRO CUIDADOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior
de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Orientadora: Professora Doutora M^a Aurora Gonçalves Pereira

Coorientadora: Mestre Salete Soares

Diana Isabel Rodrigues Sequeira

Setembro de 2013

É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas
mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar com os pobres de espírito,
que nem gozam muito, nem sofrem muito,
Porque vivem na penumbra cinzenta,
onde não conhecem a vitória,
nem a derrota.

(Theodor Roosevelt)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo carinho constante e pelas palavras de incentivo que me transmitem, pois são o meu porto seguro. Agradeço por todos os esforços que sempre fizeram, e ainda fazem, para o meu sucesso pessoal e profissional.

Ao Nuno e à Leonor, meu marido e minha filha, que estão presente em todos os momentos.

Aos meus amigos próximos que, a cada dia, me presenteiam com o seu carinho e amizade.

As minhas orientadoras, Professora Doutora Aurora Pereira e Professora Salette Soares, pela partilha de conhecimentos.

Aos colegas que participaram no presente estudo pela disponibilidade e atenção, pois sem eles não seria possível.

ABREVIATURAS

MBI- Maslach Burnout Inventory

IRP – Inventário de Resolução de Problemas

EE – Exaustão Emocional

DP – Despersonalização

RP – Realização Pessoal

CP- Cuidados Paliativos

ER- Enfermagem de Reabilitação

FT- Feridas e Regeneração Tecidular

EF- Enfermagem Forense

CC- Cuidados Continuado

OMS- Organização Mundial e Saúde

Pág- Página

UCCM- Unidade de Média e Longa Duração

UCCL- Unidade de Longa Duração e Manutenção

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

O stress é inevitável e faz parte da vida humana. Origina-se de estímulos internos ou externos do indivíduo, sendo avaliado pelo mesmo, de acordo com os recursos que disponibiliza para manter o seu bem-estar.

Faz parte do quotidiano da sociedade atual e o termo surge associado a inúmeras situações, sendo comumente referido nos diversos meios de comunicação (televisão, rádio, jornais entre outros).

Os profissionais que exercem a sua atividade em contacto com outras pessoas, principalmente com pessoas em situação de doença, por vezes graves, como é o caso dos enfermeiros, deparam-se com um enorme desafio ligado ao desempenho de novos papéis e de como lidar com as mais diversas perdas: sociais, físicas emocionais e espirituais.

A partir desta realidade, que cada vez mais preocupa a humanidade, consideramos pertinente realizar o presente estudo, focando a nossa ação no stress apresentado pelos enfermeiros cuidadores de doente em fim de vida.

Assim, o objetivo primordial foi quantificar os níveis de stress e identificar e estratégias utilizadas pelos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida para desta forma, alcançar um pequeno retrato do fenómeno nesta categoria profissional e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e qualidade dos cuidados a prestar.

Cuidar de doentes em fim de vida, pode representar uma ameaça e originar stress. Uma ineficiente gestão do stress pode abarcar consequências gravosas e conduzir a uma manifestação mais agravada – *burnout*. Assim, o estado de *stress* poderá provocar transtornos tanto para o enfermeiro como para o doente. O sucesso em lidar com esta situação dependerá das distintas estratégias adotadas pelo enfermeiro.

Optou-se por um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional. A recolha de dados foi realizada junto de enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados continuados no distrito de Viana do Castelo, através de três instrumentos distintos, nomeadamente: questionário sociodemográfico, MBI e IRP.

Dos diferentes resultados obtidos pode-se salientar que os níveis de *burnout* da população-alvo são, de um modo geral, moderados, porém na dimensão exaustão emocional obtiveram-se alguns valores preocupantes. No que diz respeito aos resultados relativos às estratégias de *coping*, também aqui os inquiridos apresentam níveis moderados de *coping*.

Considerando os resultados obtidos, revela-se uma mais-valia para os enfermeiros encontrar formas que possam minimizar o *stress* e as dificuldades do processo de cuidar. Percebeu-se também, que os enfermeiros necessitam de se sentir apoiados e compreendidos pela sociedade que os envolve, para que se sintam cada vez mais competentes quando desempenham as suas funções profissionais.

Palavras-chave: *Stress, Coping, Cuidar.*

ABSTRACT

Stress is inevitable and part of human life. It originates from internal or external stimulus of the individual being evaluated by it self, according to the resources available to maintain your wellness.

Stress is part of everyday life in today's society and the term is associated with a number of situations, and is commonly referred in various media (television, radio, newspapers, etc.).

The professionals who perform their activity in contact with others, especially with people in situations of illness, sometimes severe, such as nurses, are faced with a huge challenge on the new roles and how to deal with the most diverse losses: social, physical, emotional and spiritual.

From this fact, that increasingly concern the humanity, we consider pertinent to conduct this study, focusing our action in the stress brought to nurses caregivers of patients at end of life.

Thus, the primary objective was to quantify stress levels and identify strategies used by nurses caregivers of patients at end of life to achieve a small portrait of the phenomenon in this occupational category and contribute to an improved quality of life and quality of given care.

Caring for patients at end of life, can pose a threat and cause stress. Inefficient management of stress can encompass serious consequences and lead to a more severe manifestation - burnout. Thus, the state of stress may cause inconvenience to both the nurse and the patient. Success in dealing with this situation will depend on the different strategies adopted by nurses.

We chose to approach this subject with a quantitative descriptive correlational study. Data collection was carried out with nurses to perform duties in a continuum care hospital in the district of Viana do Castelo, through three separate instruments, including: demographic questionnaire, MBI and IRP.

The different results may be noted that burnout levels of the target population are, in general, moderate but the emotional exhaustion dimension yielded some alarming figures.

Regarding the results for the coping strategies, also here the respondents have moderate levels of coping.

Considering these results, it proves to be an asset for nurses to find ways that they can minimize the stress and difficulties of caring. It was also perceived that nurses need to feel supported and understood by the society that surrounds them, making them feel increasingly competent when performing their professional duties.

Keywords: *Stress, Copings; Care*

ÍNDICE GERAL	Pág.
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1- O stress- Perspetivas e conceitos	19
1.1- Fontes de stress	21
1.2- Efeitos do stress no indivíduo	23
1.3- Síndrome de burnout	26
1.4 - Estratégias para lidar com o stress	29
1.4.1- Apoio social	29
1.4.2 - Apoio social e saúde	31
1.5 – Coping	33
1.5.1 Coping centrado nas emoções	34
1.5.2 Coping centrado nos problemas	35
1.5.3 Coping centrado na interação social	36
1.6- Locus de controlo	37
2 - Cuidar do doente em fim de vida	38
CAPÍTULO II- PERCURSSO METODOLÓGICO	45
1. Problemática e questões de investigação	47
2. Objetivos de estudo	48
3- Variáveis de estudo	48
4 – Tipo de estudo	49

5- Contexto de estudo e participantes	50
6- Instrumentos de colheita de dados	52
7- Procedimentos de colheita de dados e tratamento dos dados	56
8- Considerações éticas	57
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
CAPÍTULO IV- CONCLUSÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	79
Anexo1- Questionário Demográfico	
Anexo 2- Maslach Burnout Inventory	
Anexo 3- Relação dos itens das dimensões do Maslach Burnout Inventory	
Anexo 4- Inventário de Resolução de Problemas	
Anexo 5- Relação dos itens das dimensões do Inventário de Resolução de Problemas	
Anexo 6 - Pedido de autorização do estudo	
Anexo 7 – Consentimento Informado	

ÍNDICE FIGURAS

	Pág.
Figura 1- Modelo efeito direto	31
Figura 2- Modelo efeito protetor	32

ÍNDICE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Características das dimensões do MBI

54

Quadro 2 – Níveis do MBI, Falcão (1990)

55

Quadro 3- Relação IRP/ Idade e Tempo de Serviço

67

Quadro 4- Relação Formação académica/MBI

68

ÍNDICE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Distribuição dos valores por Género	51
Tabela 2. Distribuição dos valores por Idade e Tempo de serviço	52
Tabela 3. Distribuição dos valores por Formação pós- graduada	52
Tabela 4- Maslash Burnout Inventory/ Análise da Consistência Interna	60
Tabela 5- Estatísticas descritivas do Maslash Burnout Inventory (MBI)	60
Tabela 6- Frequências e percentagens de acordo com o grau do MBI	61
Tabela 7 - Inventário de Resolução de Problemas/ Análise da Consistência Interna	63
Tabela 8 – Frequências Inventário de Resolução de Problemas	63

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que, lidar com doentes em fim de vida é difícil e gerador de sofrimento para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, porque nos faz pensar na nossa própria finitude e desempenhar este papel pode gerar mudanças e sobrecarga, bem como stress, interferindo na vida do indivíduo/família cuidada.

São diversos os sentimentos desencadeados por este processo, desde cansaço, stress, exaustão, mas também de bem-estar, afeição e ternura, pelo que também é necessário cuidar, dar atenção aos que cuidam, mesmo aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros.

O stress está presente na maioria dos indivíduos e segundo vários autores, caracteriza-se por uma série de alterações a nível psicológico e físico.

O stress é, assim, um tipo particular de relação entre a pessoa e o seu meio, marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de “coping” e que podem pôr em perigo o bem-estar do enfermeiro. O stress decorrerá, então, da discrepância entre o que o indivíduo sente que lhe é exigido e a perceção dos recursos que o indivíduo tem para lidar com a situação, o que é sinalizado pelo organismo, de forma global, e a vários níveis: fisiológico, psicológico e social.

O stress pode ser, assim, dividido em objetivo e subjetivo. O primeiro diz respeito às perturbações que afetam a vida do indivíduo na área financeira, no exercício de papéis, nas relações com os alunos e nas relações com familiares, colegas, amigos e vizinhança. O segundo está relacionado a sentimentos de sobrecarga, desamparo, perda de controlo, falta de domínio, vergonha, exclusão, incómodo.

Assim, com o intuito de alcançar um maior conhecimento acerca dos níveis de stress e coping dos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida, perante as situações de stress, provocadas pelas diferentes tarefas inerentes ao cuidar deste tipo de doentes, o presente estudo assume como tema central “O stress no enfermeiro cuidadores de doentes em fim de vida”.

Neste sentido, a realização deste estudo científico resulta da perceção da realidade dos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida, dos seus problemas, da sua angústia e do seu stress, mas também de um interesse próprio que surge do contacto mais próximo com estes profissionais. Este estudo tem como objetivo primordial, identificar os níveis de stress dos enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados continuados, que cuidam de pessoas em fim de vida; identificar quais as estratégias utilizadas por estes enfermeiros, para lidar com o stress e verificar qual a relação das variáveis Idade, Tempo de Serviço e Formação Académica e os níveis de stress e estratégias de coping.

Desta forma, com o intuito de alcançar os objetivos anteriormente traçados, optou-se pela realização de um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional .

No processo de recolha de dados aos enfermeiros selecionados para o estudo foram utilizados três questionários distintos, nomeadamente o questionário socio demográfico de forma a melhor definir a população-alvo, o Maslach Burnout Inventory(Maslach 1986) de modo a identificar os níveis de stress dos indivíduos e o Inventário de Resolução de Problemas de Vaz Serra (1988), com o intuito de identificar o coping dos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida.

Numa fase posterior, os dados recolhidos nos diferentes inquéritos foram analisados e procedeu-se ao seu tratamento através dos Programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.18 para o Windows.

Assim, o presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos: enquadramento teórico, percurso metodológico, apresentação, análise e Discussão dos resultados e por último as conclusões.

No primeiro capítulo, contextualizamos a temática em estudo pelo que efetuamos uma abordagem em torno do stress e das diferentes formas de lidar com o mesmo, bem como em torno do cuidar do doente em fim de vida.

No segundo capítulo, descrevemos as opções que sustentam o percurso metodológico desde a problemática e questões de investigação, objetivos de estudo, variáveis de estudo, tipo de

estudo, contexto de estudo e participantes, instrumento de colheita de dados, procedimento de colheita de dados e tratamento dos dados e por último as considerações éticas.

O terceiro capítulo integra a análise, tratamento e discussão dos dados obtidos pela aplicação dos três instrumentos de recolha de dados.

No quarto e último capítulo apresentamos as principais conclusões e perspetivas futuras relativas ao presente estudo.

Pretendemos assim com este estudo contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida, bem como desta forma melhorar a qualidade e excelência dos cuidados prestados e estes mesmos doentes/famílias.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O STRESS - PERSPETIVAS E CONCEITOS

O termo Stress provém do verbo latino *stringo, strigere, strinxi strinctum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir (Sequeira, 2006).

O stress é referido, diariamente, nos mais distintos meios de comunicação, é falado em conversas do quotidiano, é uma palavra que se encontra na “boca de toda a gente” assumindo significados diferentes, sendo por vezes confundido com outras expressões gramaticais e generalizado para sinais e sintomas que não lhe pertencem.

O stress é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer tipo de evento que seja interpretado pela pessoa como um desafio. Esse estímulo provoca uma quebra na hemóstase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige, assim, a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o stress (Lipp e Malagris, 2001)

No que confere à sua evolução, este conceito surge desde a era clássica com Heráclito, Empédocles e Hipócrates que o descreve como estado de equilíbrio-desequilíbrio, resistência-adaptação e consequentemente saúde -doença (Chrousos e Gold, 1992).

Mais tarde no século XIV, surge associado ao significado de adversidade ou dificuldade (Novais, 2010). Assim sendo, ao longo dos séculos o stress foi tendo diferentes definições e aplicações, assim como teorias explicativas, consoante a disciplina associada como a física, a engenharia e a biologia (Teixeira, 2010).

O fisiologista francês, Claude Bernard, considerado um teórico do método experimental e precursor da biologia moderna foi o primeiro a dar o contributo para a compreensão do stress, onde a sua ideia-chave se centrou nas ameaças físicas à integridade de um organismo que evocam respostas da parte deste, que contrariam essas mesmas ameaças. Este teórico, também, salientou que a vida de um ser vivo está dependente da sua capacidade em manter

constante o meio interno perante qualquer alteração do meio externo, isto é, os seres vivos têm de possuir meios de autoproteção (Sequeira, 2006).

Walter Cannon, introduziu o termo «homeostasia» e alargou o conceito homeostático aos parâmetros emocionais e físicos. Descreveu, ainda, as reações de ataque ou fuga e fez a ligação entre as respostas adaptativas ao stress, com a secreção de catecolaminas.

Nos anos trinta, Hans Selye, recorrendo ao termo stress adotado pelos físicos, utilizou-o para denominar as ações mútuas de forças que têm lugar através de qualquer parte do nosso organismo e definiu o stress como “estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações produzidas num sistema biológico”. (Lipp, 1996 citado em Sequeira, 2006) e levantou a hipótese de que uma série de acontecimentos estereotipados, psicológicos e fisiológicos, ocorridos em doentes graves, representavam a consequência de severas e prolongadas respostas adaptativas. Referiu-se a este estado como o «Síndrome de Adaptação Geral ou Síndrome de Stress» (SAG ou SS). No seguimento dos estados anteriormente referidos no âmbito do, SAG ou SS, Lipp (1996) definiu um modelo representativo do processo de stress, e que é representado por 4 fases, sendo elas a fase de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Na fase de alerta o processo de auto-regulação do organismo inicia-se como um desafio ou ameaça percebida, as alterações hormonais contribuem para que haja aumento da motivação e energia gerando maior produtividade do indivíduo visando o encarar da situação. Na fase de resistência existe uma manutenção do agente stressador e o organismo utiliza grande energia para reencontrar equilíbrio, podendo existir sensação de desgaste, dificuldades com a memória, mostrando que o indivíduo ultrapassou a capacidade de lidar com a situação. Se o organismo conseguir proceder à adaptação e resistir ao agente stressador, a homeostase é restabelecida, caso contrário, inicia-se a terceira fase, a fase de quase-exaustão. Esta fase acontece quando as defesas do organismo começam a ceder e a intercalar períodos em que o indivíduo consegue resistir e sentir-se bem com períodos em que se encontra exausto, já com o surgimento de algumas doenças. A quarta e última fase, a fase de exaustão, caracteriza-se pela quebra total de resistência, sintomas iniciais na fase de alerta retornam com uma magnitude bem maior, podendo surgir a exaustão psicológica, na forma de depressão, e física, na forma de doenças, muitas vezes graves.

Magnusson (1986), citado por Sequeira (2006) introduziu a teoria interacionista, a qual vincula o aparelho psíquico ao stress e à influência do meio ambiente sobre o indivíduo. Esta teoria evidencia como os estímulos externos podem provocar reações nas pessoas, modificando os seus comportamentos ou gerando ansiedade.

Holmes e Rahe (1967), citado por Sequeira (2006) formularam um modelo explicativo do stress distinto do utilizado por Hans Seyle. No estudo efetuado por estes dois pesquisadores revelaram dois pontos importantes: existem acontecimentos que têm maior probabilidade de induzirem stress nos seres humanos e os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo.

Ainda para Holmes e Rahe (1967), a ocorrência de mudanças significativas num curto período de tempo faz com que os indivíduos fiquem mais extenuados e mais suscetíveis à doença.

Lazarus e Folkman, citado por Sequeira (2006) referem que o fator determinante para o aparecimento do stress está intimamente relacionado com a forma como o acontecimento é percebido e o significado que lhe é atribuído.

Posto isto, torna-se pertinente abordar seguidamente as fontes principais fontes de stress.

1.1. FONTES DE STRESS

As fontes de stress são acontecimentos que podem gerar stress num indivíduo. Para Bolander, (1996, p. 331) estas fontes podem ser “ (...) as agressões por bactérias, vírus ou parasitas; desportos de competição; traumatismos; relações sociais e familiares disruptivas; alterações fisiológicas normais; alterações patológicas; guerra; instabilidade social; isolamento social; mudança geográfica, entre outras.”

Estando o stress relacionado com as alterações ambientais, organizacionais e sociais adversas, perante as quais o "indivíduo precisa apresentar respostas de adaptação" qualquer evento que exija algum tipo de adaptação por parte do indivíduo pode ser considerado fonte de stress. Para Santos (1995), uma única fonte não poderá levar o indivíduo ao stress sendo

que este resulta da combinação de vários agentes. Zakir (2001) aponta que, quanto maior for a intensidade, a frequência e o tempo de duração dos agentes com capacidade de gerar stress, maior a probabilidade de o indivíduo desenvolver reações de stress. Torna-se, assim, importante agir o mais precocemente possível nestas situações de forma a minimizar os níveis de stress e os efeitos deste apresentados pelos indivíduos.

As fontes de stress podem então ser classificadas em externas e internas, primárias ou secundárias. Fontes externas e secundárias englobam eventos que não dependem diretamente do controlo do indivíduo, isto é, mudanças inesperadas, problemas do quotidiano, acidentes ou doenças, por exemplo. Já as fontes internas e primárias estão, diretamente, relacionadas à pessoa e aos comportamentos privados, sentimentos, podendo resultar do padrão comportamental, ao nível de assertividade e da vulnerabilidade, entre outros (Lipp 1996).

Para Santos (1995), citado por Sequeira (2006) os eventos geradores de stress são absolutos, ou seja, o evento acontece, no entanto, a maneira como o indivíduo reagirá a esse evento é relativa, isto é, cada pessoa pode reagir de maneira diferente a um mesmo evento. Neste sentido, deve-se entender que cada indivíduo possui um nível de tolerância à situação geradora de stress diferente dos demais, assim, para um indivíduo pode não ser entendida e vivenciada como tal, mas por outro ela pode ser desencadeadora de stress, mesmo que estes pertençam ao mesmo grupo, organização ou família.

De uma forma simplificada quando é abordado o tema de fontes geradoras de stress, fala-se inevitavelmente de estímulos externos e ou internos que vão induzir no indivíduo uma alteração no seu comportamento obrigando a um processo de adaptação ou mudança.

A profissão de enfermagem pelas suas características humanas, é propícia para o surgimento de situações geradoras de stress, sendo que esta é descrita pela Health Education Authority como a quarta profissão mais “estressante” no setor público, (Pafaro & Martino, 2004).

Neste contexto e relacionado com o cuidar em fim de vida Twycross (2003), descreve que são fatores desencadeadores de stress nos profissionais de saúde a comunicação de más

notícias; a adaptação ao insucesso da cura médica; a exposição repetida à morte de pessoas, com as quais estabeleceu uma relação; ao envolvimento em conflitos emocionais; à absorção da cólera e da mágoa expressa pelo doente e família; à manutenção de um papel obscuro na equipa de cuidados; ao idealismo pessoal e aos desafios ao sistema de crenças pessoal.

Garrett (2005) citado por (Sequeira 2006), acrescenta alguns outros fatores determinantes para a existência de repercussões associadas ao cuidar, que num futuro próximo podem ser fontes geradoras de stress. Desta forma, é de salientar como principais fontes geradoras de stress no enfermeiro, a perda de liberdade, a incapacidade de usufruir de tempos livres e momentos de lazer; a sobrecarga de trabalho e, muitas vezes ter de executar tarefas nunca antes realizadas; a falta de informação sobre a forma como a doença se manifesta e a forma de lidar com essas mesmas manifestações; as dificuldades financeiras; e a presença de alterações psicopatológicas. Os efeitos associados ao cuidar e ao enfermeiro abarcam um conjunto de variáveis que são, potencialmente, responsáveis pelas alterações positivas ou negativas, relacionadas pelo princípio de que qualquer indivíduo que viva na companhia de outro sente-se influenciado pelo seu comportamento (Sequeira,2006).

A susceptibilidade às contingências geradoras de stress diferencia-se não só de acordo com a condição genética do indivíduo mas sim e, principalmente, da sua história ambiental, social, profissional e emocional, sendo um acontecimento único vivido de forma singular por cada indivíduo.

No seguimento destas constatações torne-se então relevante abordar quais os efeitos do stress no indivíduo.

1.2. EFEITOS DO STRESS NO INDIVÍDUO

O stress, nem sempre, pode ser considerado prejudicial. O que é prejudicial para o indivíduo é localizar-se num de dois extremos, nomeadamente quando o indivíduo leva uma vida demasiada monótona, sem estímulos que a enriqueçam, ou o oposto, isto é, quando o sujeito tem uma vida com um número demasiado elevado de exigências desgastantes e repetitivas, com as quais o mesmo não consegue lidar adequadamente, por falta de recursos pessoais ou sociais (Serra 2002).

Assim, quando um indivíduo entra em stress dá-se um processo de ativação que envolve todo o organismo como forma de resposta a esse mesmo stress. Desta forma, vão ocorrer mais, e mais acentuadas mudanças quanto mais intenso e prolongado for o contacto do indivíduo ao stress.

A resposta biológica, de acordo com Serra (2002), compreende estruturas do sistema nervoso central e vegetativo, as glândulas endócrinas, os processos metabólicos e o sistema imunitário, sendo que as estruturas encefálicas são o ponto terminal das sensações corporais recebidas, e estas, uma vez decodificadas, suscitam o princípio de todo o processo. O sistema nervoso vegetativo, alguns mensageiros químicos e o sistema endócrino regulam as funções corporais internas que se modificam aquando de stress. Relativamente ao sistema imunitário, este acarreta a função de defesa do organismo perante agentes patogénicos, isto é, assume um papel de vigilante. Este sistema é mais afetado aquando de situações de stress prolongado.

De forma a melhor compreender todo o processo desencadeado pelo stress ao nível do nosso organismo, é imprescindível existir um mecanismo central, cuja função é, depois de examinar a informação que chega ao organismo através dos órgãos dos sentidos, ativar as respetivas ações a adotar.

Desta forma Mendes (2002) defende que o stress corresponde, assim, a respostas físicas ou quimicamente mensuráveis, originadas através da ativação fisiológica de três eixos, nomeadamente o neural, o neuro-endócrino e endócrino. Os três eixos referidos anteriormente podem então ser caracterizados da seguinte forma:

Eixo I - eixo neural: Quando o indivíduo é confrontado com uma situação de stress este, o eixo neural, é o primeiro a ser estimulado, dando uma resposta imediata, que ativa o sistema nervoso simpático. Assim, este primeiro eixo, tem como objetivo preparar o organismo para uma situação urgente e intensa. Concebendo, assim, modificações com o intuito de preparar o organismo para um gasto de energia mais elevado, como por exemplo, o aumento da respiração, do ritmo cardíaco, da elevação da tensão arterial, da libertação da glicose, aumento da transpiração, dilatação das pupilas, entre outras. A ativação deste eixo é extremamente rápida, ocorrendo em escassos segundos, mantendo-se ativo durante um

curto período de tempo. É ainda de referir que nesta fase é possível, se bem que raramente, a ocorrência de enfarte de miocárdio ou outro tipo de alteração vascular.

Eixo II - eixo neuro-endócrino: Este eixo demora mais tempo a ativar-se e carece de condições de stress mais alargadas, iniciando-se através da ativação da medula e das glândulas supra-renais que libertam, consequentemente, as catecolaminas que têm como função aumentar e manter efeitos idênticos aos descritos para o eixo neural. A ativação deste eixo revela-se fundamental para a chamada resposta de *fuga ou luta*, uma vez que consiste numa mobilização ativa do organismo, no seu todo, com a finalidade de enfrentar a situação, ou retirando-se, fugindo desse mesmo confronto. Este eixo aquando de uma ativação demasiado intensa ou prolongada pode possibilitar a manifestação de perturbações nos órgãos em questão, particularmente nos componentes do sistema cardiovascular, podendo ocorrer hipertensão, angina de peito ou enfarte do miocárdio.

Eixo III- eixo endócrino: o eixo endócrino é o último a atuar e a sua ativação ocorre de forma lenta, porém esta atuação mantém-se por mais tempo, o que consequentemente implica que os seus efeitos no organismo sejam mais intensos. Assim, a descarga hormonal pode ter consequências muito distintas no organismo, das quais se destacam as do tipo psicológico, nomeadamente o aparecimento de sintomas depressivos, de ansiedade ou sensação de medo. Este facto acontece porque a zona corporal mais afetada ao longo da ativação do eixo em questão é o cérebro. É ainda de referir que o aparelho gastrointestinal é, também, afetado, o que gera uma maior absorção intestinal, maior absorção de líquidos e enfraquecimento do sistema imunológico.

Podemos então concluir que após a ativação dos eixos supra referidos e de uma forma geral e discriminada, os principais sinais e sintomas que ocorrem ao nível físico são o aumento da sudorese, sensação de nó no estômago, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula e bruxismo, hiperatividade, mãos e pés frios e finalmente os sintomas gastrointestinais como as náuseas e vômitos. Em termos psicológicos, podem ocorrer vários sintomas como, ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva, (Pafaro & Martino, 2004).

Faria e Maia (2007) num estudo realizado concluíram que 70% dos enfermeiros que trabalham com doentes em fim de vida tem sintomas de ansiedade moderados, e 30% apresentam sintomas de ansiedade graves.

Seguidamente será abordada a temática da síndrome do burnout, descrita como uma consequência grave da exposição prolongada do indivíduo ao stress laboral.

1.3. SÍNDROME DE BURNOUT

O termo *Burnout* deriva das palavras em inglês *burn*=queima e *out*=exterior, e é um distúrbio psíquico de carácter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, sendo definido por Herbert J. Freudenberger (1978) como " (...) um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional ”.

Este psiquiatra, observou que alguns dos voluntários com quem trabalhava apresentavam uma perda de energia progressiva até chegar a um estado de esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão. Tornavam-se menos sensíveis, menos compreensivos, mais agressivos com os pacientes e tratavam-nos de forma distanciada, introduzindo, assim, o termo burnout em contexto clínico, em simultâneo mas de forma independente, Maslach, “tropeçou” neste mesmo conceito e transportou-o para o contexto organizacional (Maslach, & Schaufeli, 2009).

Importa referir que a definição de burnout mais citada é a de Maslach (1986), assim, “O burnout é definido como uma síndrome tridimensional caracterizada por um esgotamento emocional, despersonalização (atitudes cínicas e sentimentos negativos em relação aos clientes) e perceção negativa em relação ao trabalho desempenhado”(Maslach, & Schaufeli, 2009).

O interesse pelo *burnout* desenvolveu-se no final da década de 70 devido a três fatores: o primeiro foi as modificações introduzidas no conceito de saúde com destaque dado à qualidade de vida pela OMS, o segundo foi o aumento das exigências da população em relação aos serviços sociais, educativos e de saúde e o terceiro, a tomada de consciência por parte dos investigadores, dos órgãos públicos e dos serviços clínicos, da necessidade de

aprofundar os estudos e prevenir a sua sintomatologia (Perlman & Hartman, 1982, citado por Carlotto & Câmara, 2007).

Uma das principais características do burnout é a dedicação exagerada à atividade profissional sendo que a vontade de ser o melhor e de obter sempre um alto grau de desempenho é uma constante. O portador de burnout avalia a sua autoestima pela capacidade de realização e sucesso profissional alcançado, o que inicialmente pode ser definido de satisfação e prazer, e termina quando esse desempenho não é devidamente reconhecido e valorizado. Nesse momento, a necessidade de se afirmar e a vontade de realização profissional transformam-se em relutância e constrangimento (Maslach, & Schaufeli, 2009).

Neste contexto surge assim a Síndrome de *Burnout*, que é descrita como uma das consequências mais marcantes do desgaste profissional, caracterizando-se por exaustão emocional e avaliação negativa de si mesmo.

Entre os fatores aparentemente associados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipa (Serra 2002).

Silva e Almeida (2003) citado por Júnior (2010) descrevem que são três as dimensões que podem favorecer o aparecimento da síndrome de burnout; a primeira, a exaustão emocional, que envolve um sentimento de desgaste e de falta de recursos emocionais (a exaustão física implica o esgotamento físico do indivíduo e o aparecimento de doenças); a segunda, a despersonalização, referindo-se a uma resposta de insensibilidade e afastamento do profissional em relação às pessoas que recebem os seus cuidados, e a terceira, que se caracteriza pela baixa realização pessoal no trabalho, que implica declínio dos bons resultados, e aumento do desempenho insatisfatório no exercício profissional.

Herbert Freudenberger (1980), definiu doze estádios de burnout, sendo eles: 1) Necessidade de se afirmar; 2) Dedicação intensificada - com predominância da necessidade de fazer tudo sozinho; 3) Descaso com as necessidades pessoais - onde comer, dormir, sair com os

amigos começam a perder o sentido;4) Recalque de conflitos - o portador percebe que algo não vai bem, mas não enfrenta o problema. É quando ocorrem as manifestações físicas; 5) Reinterpretação dos valores – isolamento e fuga aos conflitos. O que antes tinha valor sofre desvalorização, nomeadamente, atividades de lazer, a casa e os amigos, e a única medida da autoestima é o trabalho; 6) Negação de problemas - nesta fase os outros são completamente desvalorizados e tidos como incapazes. Os contatos sociais são repelidos, cinismo e agressão são os sinais mais evidentes; 7) Recolhimento; 8) Mudanças evidentes de comportamento; 9) Despersonalização; 10) Vazio interior; 11) Depressão – surgindo marcas de indiferença, desesperança e exaustão. A vida perde o sentido; 12) Colapso físico e mental.

Esta síndrome tem sido estudada em muitas ocupações, no entanto, a maior prevalência foi encontrada em profissões que contacto direto com pessoas, nomeadamente, professores e profissionais de saúde por se considerarem ocupações que requerem um alto nível de exigência emocional (Maslach, & Schaufeli, 2009).

Os enfermeiros, pelas características únicas do seu trabalho, estão predispostos a desenvolver burnout. Estes profissionais trabalham diretamente e intensamente com pessoas em sofrimento, nomeadamente os que exercem a sua atividade em áreas como oncologia, a psiquiatria, os cuidados paliativos e os serviços de medicina, sentindo-se muitas vezes esgotados, pelo desgaste emocional e o sofrimento a que estão sujeitos.

Luís Sá (2008), num estudo realizado com 257 enfermeiros a exercer funções em serviços de oncologia, verificou que estes profissionais encontravam-se emocionalmente mais desgastados quando comparados com enfermeiros de outras áreas.

Um dos principais fatores associado à origem do burnout nos enfermeiros, é a falta de controlo sobre o trabalho. É importante referir que na área da saúde, esta síndrome adquire aspetos bastante complexos pelo fato de agregar valores oriundos dos sistemas de saúde que se alimentam de perspetivas utópicas de vida que interferem, diretamente, no trabalho desenvolvido por estes. De acordo com estudos europeus do ano 2000 o burnout afeta aproximadamente cerca de 25% de todos os enfermeiros (Landau 1992, citado por

Demerouti et al, 2009). Sendo que no 1ºano de trabalho segundo Halfer & Graf, (2006), estes valores podem atingir os 60%.

Tendo por base todos estes pressupostos, impõe-se uma abordagem às principais estratégias para lidar com o stress.

1.4. ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESS

Diferentes acontecimentos podem, no seu conjunto, determinar a situação de saúde da pessoa em questão, mas as investigações mais recentes tendem para a confirmação de que o cerne da questão não é a mudança em si mesmo, mas o significado atribuído a esses acontecimentos pelas pessoas que os vivencia. Esta nova teoria explica o porquê dos acontecimentos menores denominados de *nonevents* (acontecimentos desejados que não ocorreram) provocarem crises significativas.

McCubbin e Paterson, citado por Sequeira (2006), acrescentaram, ainda, que uma situação indutora de stress pode ocasionar modificações no sistema familiar, nas suas fronteiras, nos modos de interação, nos seus valores e finalidades.

Existem vários fatores que exercem um efeito moderador sobre o stress, e podem ser adotadas pelos enfermeiros para lidarem com o stress, nomeadamente o apoio social e dois fatores relacionados com a pessoa: as estratégias de *coping* e o *locus* de controlo.

1.4.1 Apoio social

Este tipo de apoio é referido como um dos fatores de resistência ao stress. O apoio social, de acordo com Bergman et al. citado por Serra (2002) é um termo abrangente que se refere à quantidade de coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode proporcionar cuidados, quando necessário.

O “sistema de apoio”, termo introduzido por Caplan citado por Mendes (2002), abrange o núcleo familiar e de amigos, mas não só, também os serviços informais baseados na

vizinhança, a ajuda proporcionada pelos prestadores de serviços comunitários, bem como os Centros Paroquiais, os Clubes e as Associações de Voluntários.

Mendes, (2002, p.41) referiu-se ao apoio social como sendo, na sua essência: “(...) informação que leve o indivíduo a sentir-se amado, estimado e parte integrante de uma rede social.”

O conceito de apoio social é multidimensional, havendo portanto várias formas de o operacionalizar. Vaux citado por Mendes (2002, p.42) embora considere o apoio social um conceito não mensurável, identifica vários conceitos relacionados que, no seu ponto de vista, podem ser medidos. Sendo eles: “a) *recursos da rede social de apoio* (conjunto de pessoas que habitualmente assistem um indivíduo em caso de necessidade); b) *comportamentos de apoio* (ações específicas de apoio); c) *valorização do apoio* (avaliação subjetiva acerca da quantidade e conteúdo dos recursos de apoio disponíveis); d) *orientação do apoio* (perceção sobre a utilidade e os riscos de procurar e obter ajuda na rede social) ”.

Existem diferentes tipologias de apoio social, nomeadamente, o “apoio emocional”, quando os indivíduos sentem que tem outras pessoas a quem recorrer aquando de algumas dificuldades; o “apoio de convívio social”, quando as pessoas sentem que fazem parte de um grupo que partilha interesses e preocupações. Assim, este conduz ao “apoio perspectivo” quando permite corrigir as perceções e ajuda a recontextualizar o acontecimento. Outro tipo de apoio é o “apoio instrumental” quando tem resposta positiva aos pedidos de dinheiro, utensílios ou ajuda em tarefas. O “apoio informativo”, ao aconselhar perante algum problema é também uma característica comum às várias definições de apoio social. Por fim, surge o “apoio à auto-estima”, refere-se às inter-relações pessoais que servem para ajudar as pessoas a sentirem-se melhores consigo próprias, com as suas competências e habilidades. (Mendes 2002).

Segundo Moreira (2002), os desenvolvimentos teóricos e empíricos relacionados com o apoio social permitiram o entendimento do papel fundamental do apoio social como fator preditivo da adaptação.

Num estudo realizado por Claudino, Coelho e Moreira (2009) e que relaciona o apoio social com os sintomas no processo de stress em alunos de enfermagem, foi encontrada

uma correlação significativa entre estes dois fatores, ou seja baixos níveis de apoio social são preditores de maiores níveis de stress e agravamento dos seus sintomas.

Ainda nesta perspetiva (Miranda, 2011), conclui, num estudo realizado em profissionais de saúde a exercerem a sua atividade em unidades de saúde mental que quanto menor o apoio social, maior são os níveis de stress.

1.4.2 Apoio social e saúde

As diferentes formas de operacionalizar e medir o apoio social vão refletir, principalmente, dois modelos explicativos quanto à relação entre saúde e apoio social. O modelo de efeito directo (fig.1) que postula que o apoio social favoreça os níveis de saúde, independentemente, dos níveis de stress do indivíduo e por outro lado, o modelo do efeito protetor (fig.2) que afirma que o apoio social protege os indivíduos dos efeitos patogénicos dos acontecimentos produtores de stress. (Mendes, 2002).

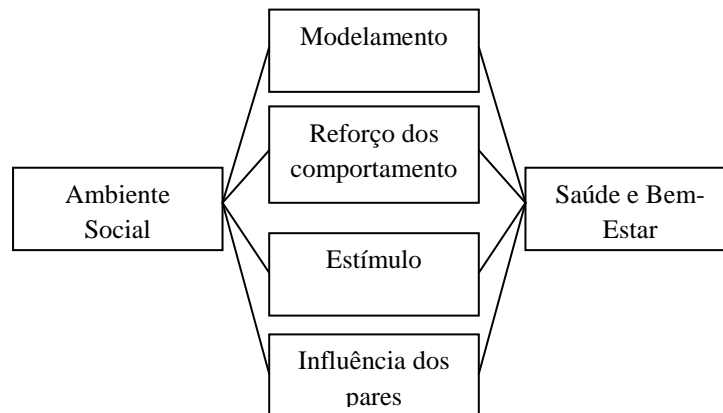


Figura 1 Modelo de Efeito Directo

Fonte: Adaptado de Kaplan et al (cit in Mendes 2002)

Para o modelo de efeito directo o apoio social é uma variável antecedente ou simultânea e o seu efeito é positivo independentemente da presença de stress. Nesta forma de pensamento, o apoio social pretende elevar o bem-estar físico, bem como o bem-estar emocional do indivíduo, ou diminuir a probabilidade dos efeitos negativos do stress. Neste modelo de apoio social defende-se que alguns efeitos a nível de processos físico-psicológicos são facilitadores da adesão a comportamentos promotores de saúde e em simultâneo, considera-

se que a integração social providencia identidade e recursos para uma auto-avaliação positiva que, por sua vez, aumenta a perceção de controlo e eficácia que reduz a experiência de ansiedade. (Mendes, 2002).

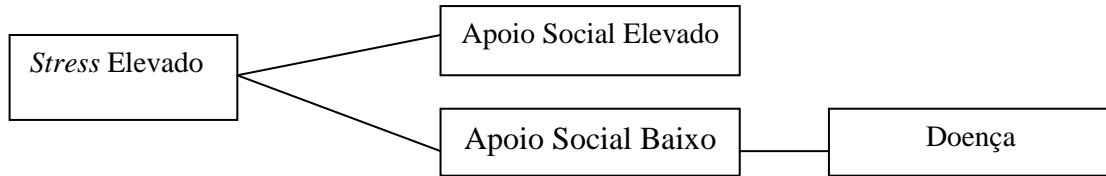


Figura 2 Modelo do efeito protetor

Fonte: Adaptado de Kaplan et al (cit in Mendes 2002)

O segundo modelo, denominado modelo do efeito protetor, refere que o apoio social intervém como uma variável mediadora na relação entre o stress e a doença. Existem, assim, duas explicações quanto à forma de ocorrência do efeito protetor. Na primeira o apoio social permite aos indivíduos redefinir a situação indutora de stress e enfrenta-la mediante estratégias não *stressantes*, ou então inibindo os processos fisiopatológicos que podem ser desencadeados na ausência de apoio social. A segunda incide sobre os processos avaliativos primários, evitando que os indivíduos avaliem uma dada situação como sendo de stress (Mendes 2002). “O facto de um indivíduo ter a certeza que dispõe de muitos recursos materiais ou emocionais pode evitar que essa pessoa defina uma situação como sendo stressante, apesar de esta poder ser assim definida por outros” (Mendes 2002, p.44).

Kalplan citado por Mendes (2002) afirma que as componentes essenciais para o surgimento da doença são o baixo apoio social, mas também o elevado grau de stress a que um indivíduo está sujeito. Neste sentido as variações mais significativas acerca do apoio social na sua conexão com a doença relacionam-se com as idades mais avançadas, sobretudo, após a reforma, não estando da mesma forma associada à pessoa na vida adulta. Quanto ao género Belle citado por Mendes (2002) refere que os indivíduos de sexo feminino mobilizam mais apoio social durante os períodos de stress do que indivíduos do sexo masculino, pois mantêm mais relações de intimidade pessoal e emocional, pelo que, conseguem retirar um maior benefício dos seus contactos com os amigos ou conhecidos.

1.5. COPING

O *coping* é um conceito de origem anglo-saxónica (Silva e Firmino, 1988) e que tem sido traduzido como “formas de lidar” ou “estratégias de confronto” mas este termo tem sofrido transformações na sua abordagem no decorrer dos tempos.

Segundo especialistas na área do stress, o termo coping andou mascarado por outros nomes existentes na psicanálise. Inicialmente, correspondia ao *mecanismo de defesa do Eu*, no modelo analítico. Freud atribuiu-lhes o papel de modificar a percepção *sob o ponto de vista* subjetivo, do próprio indivíduo, atualmente, é utilizado preferencialmente como *mecanismo de defesa do Eu*, pois este último tem propriedades mais negativas, atendendo por inerência aos aspetos provenientes do passado, que são rígidos na forma de operar, são também considerados inconscientes e, pelo que, em algumas das suas modalidades, propiciam que a realidade seja distorcida. Por sua vez, o coping está mais orientado para o presente e para o futuro, correspondendo a estratégias mais flexíveis, conscientes e atentas à realidade que rodeia o indivíduo (Serra, 2002).

De acordo com Serra (2002, p.365), o termo coping “ (...) refere-se às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress”.

Monat e Lazarus citado por Mendes (2002) referem-se a coping como os esforços para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática.

Lazarus citado por Mendes (2002) sugere que a *avaliação cognitiva e coping* são mediadores cruciais das relações stress pessoa/ambiente e que em todas as situações indutores de stress, o indivíduo tem de aprender a lidar com o problema que cria o desequilíbrio com o meio ambiente e com as emoções negativas que daí decorrem.

Desta forma, Lazarus citado por Mendes (2002), sugere duas estratégias de coping fundamentais, nomeadamente aquela que se assume como reguladora das emoções (coping centrado nas emoções) e a que atua para mudar o problema causador da perturbação (coping centrado no problema).

DeLongis e Newth, citado por Serra (2002, p.382) acrescentaram às duas estratégias de *coping* salientadas, anteriormente, uma nova dimensão de cariz *inter-pessoal* referindo que esta “ (...) diz respeito à forma de como a pessoa é tida e mantém o relacionamento social com outras pessoas em situações de stress.”

1.5.1 Coping centrado nas emoções

As situações de stress fazem-se acompanhar, normalmente, de emoções desagradáveis que quando atingem grande intensidade são bastante difíceis de tolerar, desorganizando as rotinas e alterando o bem-estar do indivíduo.

O ser humano adotou, assim, várias estratégias para reduzir o stress e ansiedade com que se depara, nomeadamente, “ Algumas vezes procura falar do seu problema com alguém na tentativa de partilhar e de atenuar ao mesmo tempo o peso da carga que sente”(Serra 2002, p.386).

As estratégias centradas nas emoções produzem, desta forma, modificações não reais, modificações nas relações pessoa/ambiente, sendo estas modificações, reavaliações que os indivíduos concretizam.

Segundo Lazarus citado por Mendes (2002) as modificações subjetivas ou não reais podem ocorrer por dois processos de estratégias de coping centradas nas emoções. O ser humano pode desviar temporariamente a atenção de algo que o possa perturbar, sendo um exemplo deste acontecimento os processos utilizados quando estamos a adormecer e tentamos evitar os pensamentos ameaçadores.

Por outro lado, existem também pessoas que procuram fugir, tanto no tempo como no espaço, fazendo uma viagem que os leve para longe do âmago do seu problema tentando, desta forma, esquecer ou atenuar esse mesmo problema, nomeadamente, envolver-se em atividades alternativas que lhe proporcionem prazer ou simplesmente a visualização de um filme ou ouvir música, conseguindo deixar o seu problema original para segundo plano, sendo, denominados estes acontecimentos de “*Fuga*”, ou “*Tentativa de fuga*” (Serra, 2002).

Outras pessoas tentam atuar diretamente sobre a emoção, refugiando-se no consumo de álcool, no consumo de alimentos em quantidade excessiva, no consumo de tabaco mas, também, na ingestão de medicação com efeito calmante (Serra, 2002).

Lazarus citado por Mendes (2002, p.49) comparou estes comportamentos a “descanso do stress”, tendo deixado a mensagem de que quando não estamos ocupados com nada é mais difícil desviar a nossa atenção dos assuntos que nos preocupam.

Outra estratégia para lidar com o stress é adotada pelo nosso organismo autónomo, centrada nos “mecanismo de defesa do Eu”, utilizando a negação, a intelectualização ou o distanciamento, modificando, desta forma, o significado da relação preocupante (Mendes, 2002).

1.5.2 Coping centrado nos problemas

As estratégias de coping centrado nos problemas “visam estabelecer um plano de ação e segui-lo até eliminar de vez a causa de stress. Evitam que se prolongue um estado que é desagradável e que se pode tornar prejudicial para a saúde e bem-estar do ser Humano” (Serra, 2002, p. 384)

É sempre aconselhável o recurso a estratégias baseadas na resolução de problemas, uma vez que, estas vão remover a fonte desse mesmo problema. O ser humano tende a utilizá-las quando o stress é sentido com pouca intensidade, ou quando o indivíduo pensa ter a situação controlada.

A forma de lidar com o stress baseada nos problemas têm, segundo Pearlin e Sholler (cit. in. Serra, 2002) efeitos benéficos sobre o funcionamento psicológico, atenuando as influências adversas, tanto das mudanças de vida negativa, como dos indutores de stress que têm tendência a ressurgir com o tempo.

1.5.3 Coping centrado na interação social

As estratégias de lidar com o stress focada na interação social referem-se, conforme é salientado por DeLongis e Newth citado por Serra (2002, p.388), “à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress”.

A qualidade do apoio recebido é um dos aspetos mais importantes aquando de situações de stress, independentemente dos recursos da rede social onde o indivíduo está inserido. Em situações de conflito interpessoal tem crucial importância o que é reconhecido como resposta empática, isto é, o indivíduo que vai pedir ajuda sente que “alguma coisa pode ser feita por si” se encontrar por parte da pessoa a quem recorre, apoio e uma boa compreensão para o seu problema.

Importa realçar que o indivíduo que presta auxílio, expressa uma resposta empática se souber observar a situação de acordo com as ideias e emoções experimentadas por aquele que requer a ajuda, se for competente a dar respostas que transmitam compreensão e sensibilidade, se for capaz de evitar juízos de valor e se tentar compreender o que de facto a outra pessoa transmite em termos de comportamento verbal e não-verbal.

Kramer citado por Serra (2002, p.388) “Comprovou que aqueles que prestam cuidados a terceiros, que são capazes de serem genuinamente empáticos, desenvolvem com mais facilidade planos de ação para a resolução de problemas, do que aqueles que não se mostram empáticos”.

Pode ainda ser referido que o sujeito que se sente em stress pode apenas procurar os outros na busca de apoio emocional. Assim, tenta arranjar através deste processo alguém com quem possa desabafar, partilhar os seus problemas e encontrar compreensão. Esta forma de interação revela-se mais infalível quando através dela são aclarados elos de conexão entre os efeitos que o indivíduo sente e as causas que os motivaram e de igual modo propícia o nascer de uma alternativa adequada de ação.

1.6. LOCUS DE CONTROLO

Segundo Albuquerque (2001), o conceito de locus de controlo é a percepção que o indivíduo tem do local de controlo, para a resolução dos seus problemas dentro de si próprio (locus de controlo interno) ou fora de si mesmo (locus de controlo externo).

Define-se como a expectativa do indivíduo sobre a dimensão em que os seus pontos fortes encontram-se sob controlo interno (esforço pessoal, competência, etc.), ou externo (as outras pessoas, sorte, etc.). Assim sendo, caso um individuo tenha um locus de controlo predominantemente interno sente-se mais habilitada no controlo de sua própria vida e sucesso, exigindo mais de si mesmo, concentrando-se no que pode fazer por si própria para lidar com os problemas atuais. Enquanto uma pessoa com locus de controlo predominantemente externo sente que fatores externos tem um controlo maior na sua vida, exige mais dos outros, tem uma maior dependência emocional e funcional e são mais afetadas por críticas e elogios. Assim, o locus de controlo é conceptualizado como contínuo e multidimensional, que vai desde fatores externos a fatores internos (Rotter,1966).

O mesmo autor afirmou que o comportamento é, em grande parte guiado por "reforços" (recompensas e punições) e que, através destas contingências, as pessoas vivem para realizar convicções sobre o que provoca as suas ações. Estas crenças, por sua vez, orientam o tipo de atitudes e comportamentos a adotar.

Zimbardo (1985), em concordância com Rotter refere que o locus de controlo é uma crença de orientação sobre se os resultados das nossas ações estão subordinados ao que fazemos (orientação para controlo interno) ou em eventos fora do nosso controlo pessoal (orientação para controlo externo)

De acordo com Serra (2002) os indivíduos com um locus de controlo interno enfrentam-se e envolvem-se com mais facilidade em tarefas de colheita de dados sobre os acontecimentos negativos, do que aqueles que possuem um locus de controlo externo. Estes últimos, estão mais propensos a desenvolver transtornos psicopatológicos, existindo uma correlação elevada com as depressões.

Ainda segundo o mesmo autor existe uma íntima relação entre o auto-conceito e o locus de controlo. Este refere que o locus de controlo interno tem tendência a estar associado a um auto-conceito positivo, a uma boa auto-aceitação e a um adequado sentido de eficácia, ocorrendo o inverso com o indivíduo com um locus de controlo externo, pois para estes as contingências são sentidas como dependentes de “forças superiores”.

Terminado este capítulo, onde foram abordados os temas diretamente relacionados com o stress, iremos de seguida abordar outro dos eixos centrais que sustentam este estudo, o cuidar de doentes em fim de vida, de forma a ser possível associar e relacionar os mesmos entre si.

2. CUIDAR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Cuidar é um ato fundamental e essencial na prática de Enfermagem. Desta forma Collière (2003, p.58) afirma que “Cuidar situa-se na encruzilhada do que faz viver e do que faz morrer, do que permite viver e do que compromete a vida”.

A evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos de mudanças sócio-culturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Vivemos numa era altamente tecnológica, na qual predomina o conhecimento racional, mas para muitos o conhecimento científico é, a única espécie de conhecimento aceitável. No entanto, está a verificar-se uma mudança de paradigma que conduz a uma mudança profunda no pensamento, perceção e valores que formam uma determinada visão da realidade. Este paradigma tem influenciado a enfermagem e o cuidar tem sido discutido nas suas múltiplas dimensões. Os enfermeiros cuidam a pessoa numa perspetiva holística, com uma família, uma cultura, um passado e futuro, com crenças e valores que influenciam as suas experiências de saúde e doença.

Lidar com o doente em fim de vida, foi durante muito tempo uma situação difícil para os enfermeiros, pelo que a tendência era cuidar esta pessoa de forma distante, dedicando-lhe o mínimo de tempo possível, adotando uma atitude defensiva, alegando a falta de tempo e de recursos humanos, para de cuidar a pessoa de outra forma. A falta de tempo era um dos principais motivos evocado para não cuidar da pessoa de uma forma holística e manter a distância evitando perguntas, para as quais nem sempre tinha resposta ou não estavam preparados para responder, quer ao próprio doente quer aos seus familiares.

Segundo Lopes, (2006, p.95) “... para não ser tão afectado, o profissional de saúde tenta manter uma certa distancia, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fáceis e autoritários no sentido de tornar a relação o mais profissional possível para que a emoção não se sobreponha ao racional”. Em concordância com o autor anterior Neto (2004, p.41) refere que “Quando um profissional é apenas treinado para curar, as situações de doenças crónicas e incuráveis são, de certo modo, olhadas como insucessos, como fonte de frustração e até como algo que questiona a sua própria qualidade técnica. Apesar da morte continuar a ser uma inevitabilidade (...), é frequente continuar a encarar a morte como um falhanço, como uma derrota, como algo que não era sequer possível de acontecer”

Mas, importa realçar que atualmente se constata uma mudança deste paradigma, onde os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do doente/família.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que *bons cuidados* significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Watson (2002), afirma que o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

Desta forma podemos compreender que para esta autora, o cuidar em enfermagem requer o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento deste para com o outro, assim, o cuidar não passa apenas por uma emoção ou uma atitude.

Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, e “envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências” (Watson, 2002, p.53).” Contudo, devido ao rápido avanço da tecnologia médica, o cuidar em enfermagem está cada vez mais ameaçado, uma vez que o enfermeiro passará a ser, em muitas das suas competências, substituído por uma máquina, sendo esta uma questão importante para a enfermagem no presente e no futuro.

Os utentes internados numa instituição de saúde ou que se encontram no seu domicílio, são pessoas com direitos e deveres, pelo que não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito pela dignidade humana. Para além da regulamentação aplicada pelas instituições de saúde, os enfermeiros devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia.

Estes princípios são dirigidos a todo o ser humano que necessite de cuidados de saúde, onde o doente em processo de fim de vida se integra, pelo direito que lhe é reconhecido de viver com dignidade esta etapa da sua vida. Desta forma, cabe aqui uma referência especial ao documento – Carta dos Direitos do Doente Internado (2005), onde destacamos o Artigo nº1 (*O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana*), Artigo nº 3 (*O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos*) e Artigo nº13 (*O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos*). Assim, o primeiro artigo refere-se a um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspetos técnicos, quer aos atos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes.

É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento. Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

Relativamente ao artigo 3º importa realçar que os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais. Em nenhuma circunstância os doentes podem ser objeto de discriminação. Os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades. Os cuidados terminais, além da sua especificidade técnico-científica, devem integrar uma componente sócio-afectiva especial que deve ser assegurada por todo o pessoal atendendo ao respeito por esta fase da vida. O acompanhamento deve ser integral e, por isso contemplar a dimensão espiritual. O último artigo salientado reforça o direito e importância da visita dos familiares e amigos, sempre que o doente o desejar, adotando horários que permitam essas visitas, pelo que as instituições e os profissionais de saúde devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afetivo que podem dar estes “entes significativos para o doente”.

Neste sentido é importante compreender o termo paliativo, que tem a sua origem no étimo latino “*palliare*” cujo sentido remete para acolher, abrigar, proteger. Palição é definida como o alívio do sofrimento do doente/ família. Cuidados paliativos são os cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença da pessoa já não responde aos tratamentos curativos (Twycross, 2003).

O cuidar de doentes na fase fim de vida, é muitas vezes frustrante para o enfermeiro, uma vez que considera que os seus cuidados não são gratificantes na medida em que se depara muitas vezes com a realidade da luta ineficaz contra a morte. Fenga et al (2007) em vários estudos realizados constatou que os enfermeiros que trabalham com doentes oncológicos apresentam níveis de stress superiores em relação aos enfermeiros que trabalham, por exemplo num serviço de infetologia. Perante um doente em fase terminal, o enfermeiro,

inconscientemente, confronta-se em primeiro lugar com o seu próprio conceito de morte, os seus valores, sentimentos e crenças. Desta forma, a morte vai ser encarada de acordo com as situações anteriormente vivenciadas em contexto de pessoas próximas.

De facto, o enfermeiro é, antes de tudo, uma pessoa, que muitas vezes cuida de outra pessoa nos seus momentos finais da vida e, tenta “(...) aliviar os sofrimentos de uma pessoa no fim da vida, ficar à escuta das suas necessidades, respeitar o tempo que lhe resta viver, sem o encurtar nem alongar.” (Hennezel et al, 2000, p.12)

Cuidar não é apenas atenuar o sofrimento ou aliviar a dor. Cuidar consiste em estabelecer uma relação empática com o doente e com a sua família é, também, estar junto do doente quando quiserem exteriorizar aquilo que tem necessidade de expressar. Ajudar a morrer com dignidade em meio hospitalar não é tarefa exclusiva do enfermeiro, mas também de outros profissionais de saúde. É também necessário a presença da família, uma vez que é esta, que melhor do que ninguém, conhece o doente, os seus hábitos, os seus costumes, os seus anseios, necessidades e medos, sendo necessário estabelecer um forte elo de ligação entre o doente/ família e o enfermeiro, para cuidar com qualidade (Ferreira 2002).

De acordo com o Artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.125), ao estar presente durante as fases do processo de morrer do doente, o enfermeiro deve “(...) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que desejem que o acompanhem na fase terminal da vida”. Desta forma, o enfermeiro assume-se numa posição em que se certifica que as vontades, desejos e direitos do doente sejam garantidos. Proporcionar uma morte digna é um dever fundamental do enfermeiro, tendo sempre presente que morrer com dignidade é “(...) morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem.” (Marques citado por Nunes et al, (2005, p. 127)

O enfermeiro assiste o doente colocando em primeiro lugar a sua qualidade de vida. Assim, durante o processo de morrer, o enfermeiro ajuda o doente nestas fases “(...) através da solidariedade, da presença, da atenção, do auxílio a dar um sentido ao tempo que falta viver, garantindo à pessoa o direito de viver a sua própria morte.” Lopes Cardoso citado por Nunes et al, (2005, p. 127). Salienta que o enfermeiro deve “(...) respeitar e fazer respeitar

as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas.”

A reação à certeza da perda pode ser variada sendo “(...) um processo que é vivido em grande parte no imaginário individual, onde o conceito de si próprio, dos outros, das relações, dos acontecimentos e da vida, regulam a percepção e a dimensão da perda.” (Nunes et al, 2005, p 128).

Desta forma, o enfermeiro deve estar presente e mostrar-se disponível e solidário, permitindo que os sentimentos de dor, de raiva, de desespero se exteriorizem possibilitando assim uma aceitação do processo de fim de vida (Nunes et al, 2005).

Neste sentido, o enfermeiro encontra-se numa situação ímpar e privilegiada relativamente aos cuidados do doente em fim de vida, uma vez que o acompanha durante 24 horas por dia, estando em situação favorável para estabelecer uma relação mais próxima, podendo durante a prestação de cuidados realizar uma avaliação pormenorizada, desenvolver uma comunicação profunda, planear e implementar intervenções terapêuticas junto dos doentes e seus familiares.

A prestação de cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida envolve o valorizar de todas as características e experiências passadas da pessoa. Exige uma atitude e aproximação que não se concentre apenas no diagnóstico e nos problemas clínicos imediatos. Atingir esta condição requer um nível de contacto e humanização face a estas pessoas, que ultrapassa as tarefas e procedimentos que, frequentemente, dominam o quotidiano laboral, onde deve ser enfatizada a sensação de normalidade e qualidade de vida, que deve ser ajustada pela busca individual de sentido da vida e controlo das rotinas vitais, com o objetivo de manter a dignidade pessoal, tal como o doente a percebe, no tempo de vida que lhe resta.

O Enfermeiro deve combinar em partes iguais o conhecimento, as aptidões e a compaixão no processo de cuidar as pessoas em fim de vida, pelo que deve ser sensível, dinâmico e atento, face a este percurso de vida, tendo sempre presente que esta é a filosofia inerente ao

cuidar de uma pessoa em fim de vida que deve nortear o comportamento do enfermeiro, independentemente do estágio em que se encontre o doente (Becker, 2009).

Contudo todo este envolvimento e dedicação podem promover o aparecimento de alterações físicas, psíquicas, sociais e espirituais nos enfermeiros, em especial nos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida, podendo criar situações graves de stress propiciadoras do surgimento de doença relacionadas com a atividade laboral.

O homem procura, através das suas potencialidades, conhecer o mundo em que vive, desenvolvendo ao longo dos tempos métodos mais ou menos elaborados que lhe permitam perceber a natureza e o comportamento das pessoas. No entanto, constata-se que estas formas de conhecimento não satisfazem os espíritos mais exigentes, surgindo assim a necessidade de adquirir premissas que lhe permitam adquirir uma maior segurança, para além daquelas que o meio lhe oferece, desenvolvendo-se, deste modo, a ciência. Esta surge como uma forma de conhecimento que pretende construir leis que regem determinados fenómenos, através da utilização de uma linguagem clara, rigorosa e coerente. É racional, apoia-se na razão e não tem sensações, tenta obter resultados que lhe permitam dar respostas às questões inicialmente formuladas.

A ciência tem como objetivo prioritário chegar à verdade dos factos. O conhecimento científico torna-se, assim, diferente de qualquer outro, pela razão de só o ser se for possível aferir a sua verificabilidade, isto é, se for possível determinar qual o método que permitiu chegar ao conhecimento adquirido.

Para a elaboração deste estudo, sentiu-se a necessidade de explorar e clarificar os princípios básicos ligados à investigação científica, como o tipo de estudo, delimitação e justificação da problemática em estudo, objetivos, questões de investigação, instrumento de colheita de dados escolhido. Para Fortin (1999,p.17) “ a investigação científica é em primeiro lugar, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (...) ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.”

Neste sentido, neste capítulo apresentamos todas as etapas percorridas para a desenvolvimento do presente estudo.

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Cuidar de um doente em fim de vida causa um impacto muito grande na identidade pessoal e profissional de toda a equipe que cuida,” *A ideia de morte é uma ideia traumática por excelência.*” Edgar Morin (1970, p.23)

O modo como o enfermeiro compreende o conceito de fim de vida, bem como a forma que relaciona este conceito com a sua própria existência e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional, são aspetos que influenciarão a sua forma de cuidar cada doente em fim de vida.

Neste sentido, os enfermeiros podem manifestar dificuldades pessoais de adaptação ao processo de cuidar, incapacitando-os de atender doentes numa situação difícil de doença avançada. Este tipo de dificuldades sentidas tem de ser reconhecidas numa tentativa de resolução num contexto solidário de uma equipa.

Pensa-se que as dificuldades de relação com os doentes em fase final de vida e que condicionam a interação junto deles, estão essencialmente associadas a três aspetos: a falta de formação, a incapacidade de lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde, neste contexto Ribeiro (2005) acrescenta que, existem diversas condições que podem originar o stress nos profissionais de saúde, tais como o excesso ou a escassez de trabalho, o excesso ou défice de responsabilidades e a progressão na carreira. Para além destas condições, Delbrouck (2006) menciona a ambiguidade de papéis, a falta de segurança no emprego, conflitos entre colegas e dificuldades relacionais com o doente.

Santos e Cardoso (2010) realizaram um estudo com 25 profissionais de saúde e verificaram que 36.0% destes profissionais apresentavam manifestações de stress e que 44.0% consideravam-se sob stress.

É ainda, de salientar que a escolha do presente tema em estudo surgiu, também, de um interesse pessoal oriundo da minha prática profissional, onde é possível observar que os

enfermeiros apresentavam sintomas de ansiedade, tristeza, impaciência e frustração, sintomas, estes, que podem ser sugestivos de stress. Tendo por base estes pressupostos parece-nos importante perceber Qual o nível de stress dos enfermeiros e as estratégias utilizadas para fazer face a esta situação?

Assim, considerou-se de toda a pertinência o presente estudo, no sentido de identificar o nível de stress sentido pelos enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados continuados, enquanto cuidadores de doentes em fim de vida, bem como, as estratégias que encontram para atenuar ou combater essas mesmas adversidades.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Com a realização do presente estudo de investigação, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Identificar os níveis de stress dos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados, que cuidam de pessoas em fim de vida;
- Identificar quais as estratégias utilizadas por estes enfermeiros, para lidar com o stress;
- Verificar qual a relação das variáveis Idade, Tempo de Serviço e Formação Académica e os níveis de stress e estratégias de coping.

3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

Após a identificação da problemática, a formulação da questão de partida e dos objetivos torna-se imperativo definir as variáveis do estudo. Desta forma e segundo (Fortin, 2009,p.71) as variáveis de estudo “ são unidades de base da investigação...são qualidades, propriedades ou características da pessoa, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo.”

Assim no presente estudo estão contempladas as variáveis de atributo, descritas por (Fortin 2009, p.172) como “características pré existentes nos participantes de estudo...idade, género, a situação familiar”.

Neste seguimento as variáveis de atributo estudadas no presente estudo foram: Idade, Género, o Tempo de Serviço e Formação Académica.

A seleção destas variáveis prendeu-se com o tipo de estudo a ser realizado, permitindo assim um conhecimento mais claro dos participantes e posteriormente o estabelecimento de relações entre as variáveis e os dados obtidos pelos inventários.

4.TIPO DE ESTUDO

A escolha do método e do tipo de estudo, torna-se prioritário tendo por base a problemática em estudo e os objetivos do mesmo, optamos por um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional.

Assim, optamos por um estudo desta natureza pois como nos refere Vilelas (2009, p.103) “Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e informações para, em seguida, poderem ser analisadas (...)”. Concordando com Vilelas, Fortin (2009, p.29) refere que “ se uma coisa existe pode ser medida” e refere, ainda, que o objetivo da investigação quantitativa é estabelecer fatos e dar a conhecer relações entre variáveis.

Na opinião de Polit & Hungler (1995, p.18) estudos desta natureza permitem, “uma coleta sistemática de informação numérica, (...), utilizando procedimentos estatísticos”.

De uma forma geral pode-se então afirmar que os estudos quantitativos têm como objetivo explicar, e prever um determinado fenómeno, recorrendo à medida das variáveis e à análise dos dados numéricos (Fortin, 2009).

No que concerne ao tipo de estudo e considerando como nos refere Fortin (2009) que estudos descritivos-correlacionais permitem estudar e descrever determinado fenómeno relacionando conceitos que estão ligados e/ou associados ao fenómeno inicial que se pretende estudar, mantendo-se o objetivo inicial de descrever o acontecimento. Ainda,

segundo Fortin (2009) este tipo de estudo tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados. Sendo que a sua finalidade é descrever, verificando a relações entre variáveis. É um método de recolha de dados observáveis e que são quantificáveis, baseando-se na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem, independentemente do investigador.

5. CONTEXTO DE ESTUDO E PARTICIPANTES

O presente estudo foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, mais especificamente numa unidade de Longa Duração e Manutenção com capacidade para 28 utentes e numa unidade de Média Duração e Reabilitação, com a mesma capacidade. Os cuidados prestados aos clientes nesta tipologia de unidades são estabelecidos com base numa avaliação multidisciplinar. São cuidados que valorizam e atendem a todas as necessidades do doente/família, necessidades estas que podem ser bio-psico-sociais e espirituais. A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por médicos, incluindo fisiatra, enfermeiros, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala, assistente social, nutricionista, psicóloga e capelão.

É importante referir que as equipas multidisciplinares são equipas únicas para as duas unidades, existindo apenas a distribuição mensal e rotativa dos elementos de forma a garantir a prestação de cuidados 24h/dia.

No que concerne à tipologia, os doentes internados nestas unidades e por ordem de frequência, tem como diagnóstico médico: acidentes vasculares cerebrais, insuficiências cardíacas, insuficiências respiratórias, doenças oncológicas e demências.

Os critérios de admissão nestas unidades são definidos pela RNCCI sendo eles, para a UCCL: necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas; necessidade de cuidados de manutenção de aptidões; impossibilidade de inserção na comunidade por ausência de recursos sociofamiliares; necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais, necessidades de cuidados de conforto e manutenção a utentes do foro paliativo.

E para a admissão na UCCM os critérios são: necessidade de controlo de sintomas difícil de realizar no domicílio; necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades; necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento; necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais; impossibilidade, por ausência de recursos sócio-familiares, de uma pronta reinserção na comunidade. A instituição dá especial importância ao papel da família e de todas as pessoas significativas para os doentes através da sua presença efetiva e organizada e da sua integração no plano de cuidados, sendo permitido e valorizado o acompanhamento pela família/pessoa significativa dos doentes em situação de fim de vida durante 24h/dia.

Os participantes deste estudo são os enfermeiros a exercer funções nestas unidades, constituem a amostra, que como refere Fortin (2009,p.310) dever ser “... escolhida de maneira a representar uma população inteira”.

Procedemos à caracterização da amostra, no que se refere ao género, à idade, ao tempo de serviço e à formação académica, cujos dados passamos a apresentar.

A amostra é constituída no total por 25 participantes, que são maioritariamente 24 (96%) do género feminino, sendo apenas 1 (4,0%) do género masculino (Tabela 1). Estes dados são coerentes com os observados na população de Enfermeiros, onde o género feminino apresenta um maior predomínio.

Género	n	%
F	24	96,0
M	1	4,0
Total	25	100,0

Tabela 1. Distribuição dos valores por Género

As idades (Tabela 2) variam entre os 27 e 42 anos, sendo a média de cerca de 30 anos e desvio-padrão de cerca de 4 anos, podendo-se verificar que esta equipa é ainda bastante jovem, sendo este facto corroborado pelo tempo de serviço que varia entre 3 e 18 anos, sendo a média de cerca de 6 anos e o desvio-padrão de cerca de 4 anos.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Idade	25	27	42	29,7	3,6
Tempo de serviço	25	3	18	5,6	3,8

Tabela 2- Distribuição dos valores por Idade e Tempo de serviço

Analisando agora os dados referentes a formação académica verificou-se que todos os enfermeiros são licenciados. É de realçar que para além da licenciatura, 15 participantes (60%) possuem formação pós graduada em diferentes áreas, como se pode verificar na tabela que se segue.

Formação pós- graduada	N	%
Especialista RB	4	26,6
Pós-Graduada CC	1	6,7
Pós-Graduada CP	6	40
Pós-Graduada EF	1	6,7
Pós-Graduada FT	3	20
Total	15	100,0

Tabela 3- Distribuição dos valores por Formação pós- graduada

É de salientar que entre estes, a maioria (40%) têm formação pós-graduada na área dos cuidados paliativos, seguida de 26,6% em enfermagem de reabilitação e 20% em feridas e regeneração tecidual e 6,7% em cuidados continuados e enfermagem forense, o que se revela importante no contexto de trabalho em que se inserem, face às áreas de intervenção em cuidados de enfermagem, para a qual estão vocacionados.

6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Face ao problema e aos objetivos do estudo, devemos adaptar o método de colheita de dados, sendo que “ a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou das variáveis e dos instrumentos disponíveis” Fortin (2009, p.368).

Neste sentido, utilizaram-se três instrumentos distintos, o questionário sociodemográfico, o Malach Burnout Inventory (Cristina Malach, 1986) e Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1988).

O questionário sociodemográfico, por nós elaborado, com o objetivo de caracterizar a amostra (Anexo 1) contendo questões, relativas ao género, a idade, as habilitações literárias e do tempo de serviço

O Maslach Burnout Inventory (MBI) permitiu-nos recolher dados relativos ao nível de stress dos participantes no estudo, (Anexo 2). Este inventário, de acordo com a autora, tem por principal finalidade avaliar o burnout nos profissionais de saúde e foi validado em Portugal por Falcão em 1990. Assim, a escolha deste inventário prendeu-se, essencialmente, por ser um dos mais usados para estudar o stress ocupacional, tal como refere Abdallah (2009, p.228) “...é um teste largamente utilizado na investigação sobre o *burnout* nos profissionais dos serviços humanos”, estimando-se que seja usada em cerca de 90% dos trabalhos empíricos sobre a síndrome (Maroco e Tecedero, 2009).

A consistência interna da versão original foi de 0.90 para a exaustão emocional, 0.79 para a despersonalização e 0.71 para a Realização pessoal, o que revela ser uma escala com boa consistência interna (Maslach & Jackson, 1986). Este inventário é composto por vinte e duas afirmações relacionadas com sentimentos que o trabalho pode provocar no indivíduo, permitindo, assim, a identificação dos níveis de burnout no seu valor global e por, dimensões, nomeadamente, Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Dificuldade de Realização Pessoal (RP) (Maslach, 1986). Cada uma das dimensões, descritas por Maslach, é composta por diferentes itens, que são apresentadas na tabela que se segue, elaborada para o efeito.

Dimensão	Características
Exaustão Emocional (EE)	<ul style="list-style-type: none"> Fadiga provocada por uma progressiva perda de energia. Impaciência e irritabilidade. À medida que a própria eficiência diminui aumenta a impaciência e a irritabilidade para com as pessoas que o rodeiam. Queixas psicossomáticas como cefaleias, dores musculares e gastralgias. Depressão.
Despersonalização (DP)	<ul style="list-style-type: none"> Distanciamento: manifestação de expressões do tipo "não me importo, quero lá saber". Aborrecimento e cinismo. Suspeita de não ser apreciado: diminuição da energia e aumento do esforço que não é acompanhado dos resultados desejados. Sentimento de desconfiança: tendência a culpar outros pelos seus insucessos (os colaboradores, o chefe, colegas, família, etc.).
Dificuldades de Realização Pessoal (RP)	<ul style="list-style-type: none"> Desorientação: à medida que o burnout avança, o indivíduo exprime uma crescente separação dos seus interesses. Falta de concentração: sentimento de limitação das capacidades cognitivas manifestado por esquecimentos (do que ia dizer, nomes, datas, etc.).

Quadro 1 – Características das dimensões do MBI

O MBI assume-se como uma escala do tipo Likert, composta por vinte e duas questões distintas, sendo que a pontuação de zero a seis é atribuída a cada resposta, com sete possibilidades de resposta: 0 – nunca; 1 - poucas vezes (ou menos de uma vez por ano); 2 - uma vez por mês (ou menos); 3 - poucas vezes por mês; 4 - uma vez por semana; 5 - poucas vezes por semana; 6 - todos os dias. As pontuações vão subindo, da esquerda para a direita, porém nas questões elaboradas pela positiva, que compõem a dimensão Dificuldades de Realização Pessoal, as pontuações têm de ser invertidas. Assim, os níveis de burnout são obtidos através da soma dos diferentes itens que constituem o questionário, após proceder à inversão da pontuação dos itens que compõem a dimensão Dificuldades de Realização Pessoal, uma vez que o significado da valorização dos itens que compõem esta dimensão é oposto aos das restantes (anexo 3).

Desta forma, através do somatório obtemos o nível de burnout, sendo que o valor mínimo corresponde a zero pontos e o valor máximo corresponde a cento e trinta e dois pontos. Os níveis de burnout são, assim, tanto maiores quanto a pontuação obtida.

De acordo com Maslach (1986) o burnout pode ser ordenado em três níveis: baixo, moderado e alto. Falcão (1990) determinou, assim, um quadro de referência para cada subescala, adaptado à população portuguesa, sendo os valores propostos apresentados no quadro seguinte.

<u>Classificação do MBI por dimensões</u>			
	Nível Baixo	Nível Moderado	Nível Alto
Exaustão emocional	0 a 16	17 a 26	≥ 27
Auto-desvalorização	0 a 6	7 a 12	≥ 13
Dificuldade de realização pessoal	0 a 32	33 a 38	≥ 39

Quadro 2 – Níveis do MBI, Fonte: Falcão (1990)

Relativamente ao Inventário de Resolução de Problemas (IRP) de Adriano Vaz Serra, este foi construído, aferido e validado para a população Portuguesa pelo autor em 1988, tendo por finalidade colher dados relativos ao coping.

A seleção deste instrumento (Anexo 4) prendeu-se, essencialmente, com o facto de ser muito utilizado nesta área de investigação e porque, de acordo com o autor, foi desenvolvido especificamente para avaliar os diferentes mecanismos cognitivos e comportamentais do coping. Constitui-se como uma escala do tipo Likert formada por 40 questões distintas, em que o sujeito é colocado perante três situações distintas: Ameaça – presente; Dano – passado; Desafio – futuro. Cada questão tem cinco possibilidades de resposta: não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e

concordo muitíssimo, sendo que o valor mínimo e máximo do inventário é de 40 e 200 respetivamente e os valores mais altos, correspondem a melhores estratégias de coping.

Com a realização da análise fatorial, o autor encontrou nove fatores 1 - pedido de ajuda; 2 - atitude de confronto e resolução dos problemas; 3 - abandono passivo perante a situação; 4 - controlo interno/externo dos problemas; 5 - estratégias de controlo das emoções; 6 - atitude ativa de não interferência na vida quotidiana; 7 - expressão de agressividade; 8 - autorresponsabilização e medo das consequências; 9 - confronto com o problema e planificação da estratégia.

Aquando do seu preenchimento é solicitado ao inquirido que indique o seu comportamento usual e não o do momento em que está a preencher o questionário. Este pedido deve-se, essencialmente, ao facto de ser importante a resposta refletir as estratégias normalmente utilizadas.

Para análise do questionário é atribuído a cada resposta uma pontuação de um a cinco. De um modo geral, a sua conceção foi pensada para que a pontuação suba da esquerda para a direita, porém nas questões realizadas pela positiva a pontuação tem de ser invertida (anexo 5).

Com a utilização simultânea destes três instrumentos pretende-se assim obter dados relevantes quanto ao comportamento dos enfermeiros perante o doente em fim de vida. Seguidamente será explicada a forma como foram colhidos e tratados os dados referentes aos instrumentos supracitados.

7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA E TRATAMENTOS DE DADOS

Esta investigação iniciou-se com um pedido de autorização por escrito aos responsáveis dos Conselhos de Administração da Instituição de Saúde.

Após a autorização para a realização da investigação, iniciou-se o trabalho de campo propriamente dito, após um contacto prévio com cada profissional de saúde, e combinado o momento para o início da recolha de dados.

Para a colheita de dados foram usados os três instrumentos já referidos, Questionário de Caracterização Demográfica, Maslach Burnout Inventory e Inventário de Resolução de Problemas, que foram preenchidos anonimamente e de forma individual pelos próprios enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida, entre os dias 2 de Dezembro de 2012 e 27 Janeiro de 2013. Numa fase posterior, os dados recolhidos através dos diferentes instrumentos foram analisados e procedeu-se ao seu tratamento através dos Programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.18 para o Windows.

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%), e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo (Mín) e máximo (Máx). De forma a verificar a existência de relações entre os diferentes instrumentos de recolha de dados foram ainda utilizados os testes não paramétrico de Correlação de Spearman e de Kruskal-Wallis, pelo facto de a dimensão da amostra ser inferior a 30. O nível de significância utilizada foi de $p < 0.05$. A consistência interna de cada questionário MBI e IRP foi avaliada pelo α -Cronbach.

8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação que inclua pessoas gera questões de ordem moral e ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo.

“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 1999,p.114).

Face aos dilemas que os investigadores se confrontam aquando o planeamento dos seus estudos, foram elaborados códigos de ética para que haja orientações, sendo a Declaração de Helsínquia adotada em 1964 pela World Medical Assembly, uma referência para a investigação, Polit & Hungler, (2004).

Na Declaração de Helsínquia encontram-se assim descritos “os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça” (Polit & Hungler, 2004, p. 83).

O princípio da beneficência abrange a proteção dos sujeitos contra qualquer dano, físico e/ou psicológico. O princípio do respeito pela dignidade humana inclui o direito dos sujeitos à autodeterminação e revelação completa e, por fim, o princípio da justiça diz respeito ao direito a um tratamento justo, além do direito à privacidade que poderá ser mantida através do anonimato (Polit & Hungler, 2004).

No sentido de salvaguardar aos princípios enunciados, para desenvolvimento deste estudo foi feito um pedido ao Conselho de Administração da Unidade de Cuidados Continuados (anexo 6), apresentando e identificando os objetivos do estudo, a metodologia a utilizar, a população alvo do estudo, bem como o período que se perspectivava de duração da colheita de dados.

Atendendo à natureza da temática do estudo, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos participantes na investigação. É crucial obter o consentimento informado, garantir o seu anonimato e confidencialidade. Neste sentido, no momento de preenchimento dos Inventários era entregue aos participantes o consentimento informado para que pudessem ler e colocar dúvidas (anexo 7).

No presente estudo foram tomadas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam no processo de investigação. Assim, os indivíduos que participaram neste estudo foram informados de todos os seus direitos determinados pelo código de ética.

CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados obtidos através da aplicação do MBI e IRP, bem como, a relação entre estes e as variáveis em estudo.

- **Burnout nos Enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida**

Ao analisarmos o nível de stress que os participantes do estudo apresentam, consideramos importante analisar a consistência interna do MBI, através do Alpha de Cronbach, que mede a variância devido à heterogeneidade dos itens (Tabela 4).

O MBI apresenta uma boa consistência interna, pois os valores de alfa situaram-se acima de 0.70, tal como recomendado por Maroco (2003) como valor mínimo aceitável para a constituição de fatores a partir dos itens originais dos instrumentos de avaliação.

Instrumento	N.º itens	Alpha de Cronbach
Exaustão Emocional	9	0,925
Despersonalização	5	0,784
Realização pessoal	8	0,903

Tabela 4- Maslash Burnout Inventory/ Análise da Consistência Interna

Os níveis de stress avaliados através do MBI, no que se refere à análise descritiva são apresentados na tabela que se segue.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Burnout Total	8	94	50,3	24,1
Exaustão Emocional	7	48	27,9	12,1
Despersonalização	0	23	8,9	5,8
Realização Pessoal	0	26	13,5	7,8

Tabela 5- Estatísticas descritivas do Maslash Burnout Inventory (MBI)

Podemos constatar que o Burnout total apresentou uma média de 50,3 e um valor máximo de 94. Dado que o MBI tem uma pontuação máxima de 132 pontos, podemos concluir que os enfermeiros inquiridos não têm na sua globalidade elevados níveis de stress.

A dimensão **Exaustão Emocional** composta por 9 itens, pode ter uma pontuação máxima de 54 pontos, a média obtida foi de cerca de 28 pontos. A dimensão **Despersonalização** é composta por 5 itens, ou seja esta dimensão pode ter uma pontuação máxima de 30 pontos e a média obtida foi de cerca de 9 pontos. A dimensão **Realização pessoal** é composta por 8 itens com uma pontuação máxima de 48 pontos, sendo que a média obtida foi de cerca de 14 pontos.

	Exaustão emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
Grau	N	%	n	%	n	%
Baixo	4	16,0	9	36,0	25	100,0
Moderado	7	28,0	10	40,0	0	0
Alto	14	56,0	6	24,0	0	0
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0

Tabela 6- Frequências e percentagens de acordo com o grau do MBI

Quando analisamos os resultados obtidos (tabela 6) em função dos graus de burnout, determinados por Maslach (1986) e Falcão (1990), verificamos que na dimensão **Exaustão Emocional** 56% (14) da amostra encontra-se no grau elevado de stress e que 44% (11) se situa entre o valor moderado e baixo, na dimensão **Despersonalização** 40% (10) da amostra tem um nível moderado de stress e 24% (6) têm um nível elevado. No que se refere à dimensão **Realização Pessoal** todos (25) os participantes se situam no nível baixo.

O autor do inventário considera que níveis elevados na dimensão exaustão emocional podem ser indicadores de graus elevados de burnout, traduzindo que os recursos estão esgotados, existindo esgotamento físico e sensação de não poder dar mais de si (Maslach, 1981, citado em Queirós, (2005); Marques Teixeira (2002) e Mota Cardoso (2000) descrevem a dimensão emocional como a mais importante das três dimensões, sendo ela a que mais se predispõe a desenvolver quadros de doença Mental.

Quanto à dimensão despersonalização mais uma vez os resultados deste estudo vão de encontro aos estudos realizados por Falcão (1990) e por Sá (2006), nomeadamente este mesmo autor que realizou vários estudos em enfermeiros a exercer a sua atividade em áreas

da oncologia e saúde mental. Esta dimensão está, assim, associada a sentimentos de distanciamento, cinismo, desconfiança, sendo muitas das vezes responsável pela responsabilização do outro pelos nossos erros, quer sejam: colegas, chefes, doentes ou familiares. No que se refere à dimensão Realização Pessoal os resultados do estudo sugerem que os inquiridos consideram que é pouco compensador executar o seu trabalho e que podem ou têm dúvidas quanto à forma como o estão a executar.

Alvarez et al. (1993), citado em Queirós (2005), refere que o sentimento de Dificuldade da Realização Pessoal pode ser disfarçado pela *sensação paradoxal de onipotência*, ou seja, o profissional, quando se depara com a ameaça de se sentir pouco competente, intensifica esforços de forma a mostrar que o seu interesse e empenho são incessantes

Neste sentido Maslach e Jackson (1986) consideram que pontuações elevadas nas subescalas exaustão emocional, despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal podem ser indicadores da presença da síndrome de burnout. Assim e como refere Olkinuora (1990) citado em Serra (2002), os enfermeiros cuidadores dos doentes terminais são aqueles que apresentam maiores níveis de burnout.

Apesar de globalmente os níveis do MBI encontrados serem moderados, é importante referir que os participantes deste estudo necessitam de encontrar estratégias que lhes permitam diminuir o nível de exaustão emocional e aumentar o nível de realização pessoal pelo risco que apresentam em desencadear perda de equilíbrio e da homeostasia. Neste contexto Maslach & Marek (1993) referem que o surgimento da Exaustão Emocional pode levar à Despersonalização dos trabalhadores, enquanto estes procuram distanciar-se emocionalmente do mesmo levando consequentemente à diminuição da Realização Pessoal.

- **Estratégias dos enfermeiros cuidadores de doentes em fim de vida para lidar com o stress.**

Seguidamente serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao IRP, que foi submetido a uma análise da consistência interna através do Alpha de Cronbach e constatamos que apresenta três itens, com valores inferiores a 0,7, mas os restantes situam-se acima do valor recomendado, pelo que podemos considerar que o nível de consistência interna é aceitável (tabela 7).

Instrumento	N.º itens	Alpha de Cronbach
Pedido de ajuda	5	0,619
Confronto e resolução ativa dos problemas	7	0,582
Abandono passivo perante a situação	3	0,879
Controlo interno/externo dos problemas	8	0,835
Estratégias de controlo das emoções	4	0,707
Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana	4	0,530
Agressividade internalizada/externalizada	2	0,939
Auto- responsabilização e medo das consequências	4	0,796

Tabela 7 - Inventário de Resolução de Problemas/ Análise da Consistência Interna

Procedemos agora à análise do Inventário de Resolução de Problemas, no seu valor global e nos diferentes fatores, que nos permite perceber quais as estratégias utilizadas pelos participantes do estudo, tendo sido encontrados os seguintes resultados que se encontram expressos na tabela 8.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Coping total	59	136	100,3	17,9
Pedido de ajuda	7	22	16,8	3,4
Confronto e resolução ativa dos problemas	11	24	19,4	3,1
Abandono passivo perante a situação	3	14	6,2	3,3
Controlo interno/externo dos problemas	11	27	19,1	4,9
Estratégias de controlo das emoções	4	13	7,8	2,5
Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana	10	15	12,2	1,3
Agressividade internalizada/externalizada	2	10	2,7	1,7
Auto- responsabilização e medo das consequências	4	18	8,8	3,7
Confronto com o problema e planificação da estratégia	3	12	7,7	2,4

Tabela 8 – Frequências Inventário de Resolução de Problemas

A dimensão ***Pedido de ajuda*** é composta por 5 itens, com uma pontuação máxima de 25 pontos a média obtida foi de cerca de 17 pontos. A dimensão ***Confronto e resolução ativa dos problemas***, é composta por 7 itens cuja pontuação máxima é de 35 pontos, a média obtida foi de cerca de 19 pontos. A dimensão ***Abandono passivo perante a situação*** é composta por 3 itens e pode ter uma pontuação máxima de 15 pontos e a média obtida foi de cerca de 6 pontos. A dimensão ***Controlo interno/externo dos problemas*** é composta por 8 itens e pode ter uma pontuação máxima de 40 pontos, sendo a média obtida de cerca de 19 pontos. A dimensão ***Estratégias de controlo das emoções*** é composta por 4 itens e pode ter uma pontuação máxima de 20 pontos e obteve-se uma média de cerca de 8 pontos. A dimensão ***Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana*** é composta por 4 itens e pode ter uma pontuação máxima de 20 pontos e a média obtida foi de cerca de 12 pontos. Na dimensão ***Agressividade internalizada/externalizada*** composta por 2 itens e uma pontuação máxima de 10 pontos, obteve-se um valor médio de cerca de 3 pontos. Quanto à dimensão ***Auto-responsabilização e medo das consequências*** composta por 4 itens e uma pontuação máxima de 20 pontos, a média obtida foi de cerca de 9 pontos. A dimensão ***Confronto com o problema e planificação da estratégia*** é composta por 3 itens e pode ter uma pontuação máxima de 15 pontos e a média obtida foi de cerca de 8 pontos.

Após a análise cuidada dos dados obtidos e comparando as pontuações de coping total que é de 100,3 com o resultado obtido por Vaz Serra (1988) que é de 153,83, podemos afirmar que de modo geral os enfermeiros apresentam níveis moderados de coping, no entanto é de realçar as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros que segundo os resultados obtidos foram: ***Confronto e resolução ativa dos problemas; Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana; Confronto com o problema e planificação da estratégia.***

Segundo Serra (2002) indivíduos com estratégias de coping adequadas tem maior capacidade de resolver os problemas e as situações indutoras de stress, “ gosta de confortar e resolver ativamente os problemas, utiliza mecanismos redutores de estado de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de stress e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências (Serra 2002, p.393).

Os resultados, por nós encontrados, vão de encontro a estudos realizados por Jesus & Costa, (1998) citado em Pacheco (2005) que constataram que os enfermeiros pelas características intrínsecas do desempenho das suas funções apresentam frequentemente estratégias de coping orientadas para a resolução de problema e de controlo. Ainda, Pacheco (2005) acrescenta que profissionais com moderados níveis de stress, normalmente apresentam estratégias de coping focadas na resolução de problemas. Esta situação verifica-se neste estudo, em que os enfermeiros apresentam um nível global moderado de stress laboral, que podem ser explicados pelas estratégias de coping mais utilizadas, pois estas são as que se revelam mais adequadas para fazer face ao stress induzido pelo cuidar da pessoa em fim de vida.

Quanto às estratégias menos utilizadas surge a, *Agressividade internalizada/externalizada*, que obteve uma pontuação média de 3 valores, sendo que a pontuação mínima para este item é de 2 valores. Assim, pode-se afirmar que apenas um pequeno número dos inquiridos utiliza como estratégia de coping a agressividade ou a auto-agressão como escape ao stress.

- **Relação dos dados sociodemográficos/MBI/IRP**

De modo a perceber a relação entre valores totais de burnout e das estratégias de coping as variáveis Idade e Tempo de serviço, foi efetuado o teste não paramétrico de Correlação de Spearman, e para compreender a relação entre os mesmos inventários e as habilitações académicas foi efetuado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

De uma forma geral, e como se pode observar no quadro 3 existe uma correlação significativa entre o nível global de burnout e a Idade, sendo que quanto maior a idade menor a pontuação do MBI, ou seja as pessoas mais velhas têm menos stress ($r = -0.507$, $p = 0.01$), no entanto, no que se refere ao tempo de serviço constatamos que não existe relação estatisticamente significativa ($r = -0.360$, $p = 0.07$).

Efetuando uma análise das dimensões do MBI separadamente, foram encontradas correlações significativa entre a *Exaustão* e a idade ($r = -0.486$, $p = 0.01$), entre a *Despersonalização* e a Idade ($r = -0.545$, $p = 0.00$), e o tempo de Serviço ($r = -0.40$, $p = 0.04$) e, também, entre a *Realização Pessoal* e a idade ($r = -0.523$, $p = 0.00$). Assim, podemos

verificar que quanto menor a idade e o tempo de serviço maiores são os níveis de stress laboral.

Estes resultados vão de encontro a um estudo realizado por Ana Allen, citado em Serra (2002,p.520), onde constatou que "... uma enfermeira recém- diplomada colocada a trabalhar numa unidade de doentes cancerosos, teve uma descompensação emocional tão grave que a levou ao abandono posterior da profissão". Também Gomes (2009) num estudo realizado em enfermeiros em início de carreira verificou que enfermeiros jovens e em início de carreira apresentam níveis mais elevados de stress laboral.

Quanto aos valores totais de coping na relação com a idade ($r = -0.341$, $p = 0.09$) e o tempo de serviço ($r = -0.310$, $p = 0.13$), verificamos que não existem resultados estatisticamente significativos (Quadro 3). No entanto, quando analisamos os diferentes fatores do Inventário de Resolução de Problemas na relação com as variáveis idade e tempo de serviço (quadro 3), verificamos que foram encontradas correlações significativa entre o *abandono passivo perante a situação* e a idade ($r = -0.507$, $p = 0.01$) e o tempo de serviço ($r = -0.438$, $p < 0.02$), entre as *estratégias de controlo das emoções* e a Idade ($r = -0.406$, $p < 0.04$) e a *agressividade internalizada/externalizada* e a idade ($r = -0.427$, $p = 0.03$). Foi, ainda, encontrada correlação significativa entre *auto- responsabilização e medo das consequências* e a Idade ($r = -0.611$, $p = 0.00$), e o tempo de serviço ($r = -0.500$, $p = 0.01$). Em todas as correlações encontradas existe uma relação inversa, ou seja quanto maiores são as pontuações dos fatores menor é a idade e tempo de serviço.

Inventário de Resolução de Problemas		Idade	Tempo de serviço
Pedido de ajuda	Coefficiente de Correlação	-,304	-,262
	P	,140	,206
	N	25	25
Confronto e resolução cativa dos problemas	Coefficiente de Correlação	-,185	-,268
	P	,375	,196
	N	25	25
Abandono passivo perante a situação	Coefficiente de Correlação	-,507**	-,438*
	P	,010	,029
	N	25	25
Controlo interno/externo dos problemas	Coefficiente de Correlação	-,311	-,258
	P	,131	,213
	N	25	25
Estratégias de controlo das emoções	Coefficiente de Correlação	-,406*	-,357
	P	,044	,080
	N	25	25
Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana	Coefficiente de Correlação	,259	,330
	P	,211	,107
	N	25	25
Agressividade internalizada/externalizada	Coefficiente de Correlação	-,427*	-,221
	P	,033	,289
	N	25	25
Auto- responsabilização e medo das consequências	Coefficiente de Correlação	-,611**	-,500*
	P	,001	,011
	N	25	25
Confronto com o problema e planificação da estratégia	Coefficiente de Correlação	,106	-,021
	P	,613	,920
	N	25	25

Quadro 3- Relação IRP/ Idade e Tempo de Serviço

Seguidamente serão apresentados e discutidos os dados da relação entre os inventários e os níveis de formação académica (quadro 4).

Mais uma vez foi realizado o teste de Kruskal-Wallis, de modo a verificar a existência de diferenças significativas nas pontuações dos inventários entre cada um dos níveis de formação académica, nomeadamente os que apenas tem licenciatura, os que são especialistas e os que detêm pós-graduações.

Formação académica		Exaustão	Despersonalização	Realização pessoal	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Especialista RB	Média	33,8	11,0	16,5	18	19,5	5	18,5	7,3	13,8	2,5	8,8	5,8
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Dp	9,0	8,3	6,6	4,1	1,7	1,4	6,6	3,9	1,3	,6	3,2	2,2
Licenciado(a)	Média	27,8	8,3	12,6	16,2	18,4	4,4	18,4	6,8	12,2	2,1	7,7	7,5
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Dp	13,0	5,0	8,1	3,6	3,8	1,7	5,0	1,4	1,2	,3	2,7	2,6
Pós-Graduação	Média	25,9	8,6	13,3	16,9	19,5	8,3	20	8,8	11,6	3,3	9,8	8,5
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Dp	12,5	6	8,3	3,2	3	3,9	4,5	2,5	,92	2,4	4,5	2,0

Quadro 4- Relação Formação académica/MBI e IRP

Podemos verificar que relativamente ao stress laboral os enfermeiros especialistas de reabilitação são os que apresentam níveis médios mais elevados de *exaustão* (33,8) e *despersonalização* (11,0), mas também, são aqueles que apresentam maior nível de *realização pessoal* (16,5). No entanto, não se verificaram diferenças significativas, face aos diferentes níveis de formação que os participantes detêm.

No que se refere às estratégias de coping apenas foram encontradas diferenças significativas nos fatores *Abandono passivo perante a situação* (F3) ($p=0.03$) e *Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana* F6 ($p=0.03$).

Da análise dos valores médios por fatores, podemos realçar que no que se refere ao *Abandono passivo perante a situação* (F3) os enfermeiros que detêm apenas a licenciatura e os enfermeiros especialistas em reabilitação demonstram menor recurso a esta estratégia que os enfermeiros com formação pós-graduada. No que se refere ao *Confronto com o*

problema e planificação da estratégia, verificamos que são os enfermeiros licenciados e com pós-graduação que apresentam valores médios mais elevados, sendo de realçar que entre os enfermeiros com formação pós-graduada, seis (6) detêm formação pós-graduada em cuidados paliativos.

Os resultados obtidos vão de encontro a estudos já realizados onde é observado que quanto maior a idade e a formação, melhor é o nível de coping encontrado. Uma vez que a formação dota os profissionais de estratégias de coping capazes de melhorar os níveis de stress.

Segundo Serra (2002) é necessário dar informação adequada aos profissionais, não criar falsas expectativas ou pouco realistas. É necessário criar profissionais motivados com vontade de aprender mais e melhor ao longo do seu percurso profissional. Ainda, sobre este assunto e relativamente aos resultados obtidos, Neto (2004) refere que a exposição contínua a doença terminal e à morte, por parte dos profissionais de saúde se não devidamente enquadrada em formação de qualidade pode, conduzir à falta de motivação e à insatisfação profissional, sintomas físicos associados normalmente ao stress.

Os participantes deste estudo embora com uma média de idades baixa, apresentam um nível de formação que poderemos considerar elevado, pois para além da licenciatura, 15 (60%) apresentam formação complementar, o que pode explicar o facto de no seu valor global, apresentarem níveis de stress laboral moderado e recorrem com mais frequência a estratégias mais adequadas para fazer face ao stress gerado pelo cuidar de pessoas em fim de vida.

Ramos (2005) é da opinião que é fundamental ter plena consciência dos níveis de stress, para que seja possível lidar com ele da melhor forma, recorrendo a estratégias corretas para lidar com o mesmo. Segundo o mesmo autor é necessário encontrar o equilíbrio entre fontes de stress e estratégias de coping, diminuindo assim os níveis de stress percebidos pelo individuo.

CONCLUSÕES FINAIS

Neste momento, é de toda a pertinência retomar todo o percurso do projeto, o que implica revisitar a contextualização desde o início e apresentar as principais conclusões que surgiram deste estudo. E também o momento em que se pode abraçar e lançar novos desafios.

Num primeiro momento deste trabalho, efetuou-se a contextualização teórica ao tema, na qual se procurou definir o conceito de stress, percebendo a sua evolução histórica e abordando os modelos teóricos deste conceito. Procurou-se, ainda, contextualizar o trabalho do enfermeiro junto dos doentes em fim de vida.

Neste sentido, o conceito de stress surge como uma conceção meramente física, inicialmente englobado nas ciências biomédicas e encarado como uma síndrome geral de adaptação fisiológica às alterações do meio envolvente. Esta explicação, aquando da introdução dos fatores predisponentes de stress, alcançou, rapidamente, novas dimensões. Desta forma, as dimensões psicológicas e sociais do stress contribuíram para que este conceito aumentasse a sua complexidade e para que fossem estabelecidas abordagens terapêuticas assentes nas respostas bio-psico-sociais, nas fontes de stress e na avaliação que o sujeito realiza perante o meio ambiente.

O stress é considerado como uma reação intensa do organismo aquando de uma situação sentida como boa ou má, e a que causa desequilíbrio na vida do indivíduo e à qual este tem de se adaptar. Desta forma, percebe-se que o que conduz o indivíduo a sentir-se ou não em stress é a forma como este avalia a circunstância geradora de stress. Quando o stress é muito intenso e prolongado pode provocar, assim, consequências físicas e psíquicas desastrosas, conduzindo ao Síndrome de Burnout.

O acompanhamento de doentes em fim de vida é um acontecimento que está presente no quotidiano dos enfermeiros. Esta temática gira em volta de um conjunto de tabus, tornando muitas vezes impeditiva a manifestação por parte dos enfermeiros, dos seus sentimentos, emoções, angustias e dúvidas. Acompanhar os doentes em fim de vida será sempre um desafio rico em aprendizagens a nível pessoal e profissional, pois a intervenção da enfermagem junto daqueles que pouco tempo têm para partilhar permite refletir sobre

alguns aspetos verdadeiramente importantes, visando um desempenho de qualidade, no qual a competência, os conhecimentos, bem como a partilha de valores e o respeito pela pessoa humana devem ser prioritários, promovendo a conjugação de esforços para garantir ao doente/família com doença terminal a melhor qualidade de vida possível. A prestação de cuidados a doentes em fim de vida, onde o contacto com a morte e o sofrimento são uma constante, pode ter efeitos muito graves no bem-estar físico e emocional dos enfermeiros podendo gerar stress e consequentemente síndrome de burnout. É imprescindível que os enfermeiros aprendam a desenvolver estratégias de coping adequadas de forma a lidar melhor com estas situações diárias que podem ser geradoras de stress, melhorando assim o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados que prestam a estes doentes e suas famílias/pessoas significativas.

Posto isto, com a elaboração do presente estudo, podemos extrair as seguintes conclusões:

- A população apresenta, na sua generalidade, níveis moderados de stress/burnout, contudo verificamos que um total de 56% dos inquiridos apresenta stress na sua manifestação mais exacerbada, num grau elevado na dimensão *Exaustão Emocional*, na dimensão *Despersonalização* 40% da amostra tem um nível moderado de stress e 24% têm um nível elevado, e na dimensão *Realização Pessoal*, 100% da amostra, apresenta um nível baixo, ou seja baixa realização profissional;
- Relativamente as estratégias de coping utilizada pelos enfermeiros, as mais utilizadas são o *Confronto e resolução ativa dos problemas* e *Controlo interno/externo dos problemas*, sendo que a *Agressividade internalizada/externalizada* é escassamente utilizada.
- A idade e a formação académica dos inquiridos é um fator diretamente relacionado com os níveis de Stress e com as estratégias de coping;
- Os níveis de coping da amostra são menores que os encontrados por Vaz Serra no seu estudo original. O que, pode ser explicado, pelo moderado nível de stress apresentado pelos enfermeiros na sua generalidade.

A principal limitação prendeu-se com a pequena dimensão da amostra, pelo que não devem ser feita extrapolação dos resultados para a população em geral. Para tornar as conclusões deste estudo válidas para um universo mais alargado será necessário efetuar a replicação deste estudo num grupo alvo mais abrangente e diversificado.

Assim, considera-se que há muito a desenvolver neste domínio para se melhorar o apoio aos enfermeiros, principalmente nos contextos considerados mais desgastantes como os cuidados aos doentes em fim de vida, muitas vezes geradores de frustração e medo de não desempenhar a sua atividade da forma mais adequada.

Tendo em conta que o tempo disponível para a elaboração do presente projeto revelou-se demasiado curto, optou-se por restringir, de certa forma, a investigação do estudo e do conhecimento da temática. Assim, pretende-se, se possível, posteriormente, dar continuidade ao estudo de forma a enriquece-lo e perspetivando um conhecimento mais abrangente do stress e dos seus efeitos nos enfermeiros, realizando o estudo em outros contextos.

Apesar das dificuldades e limitações acreditamos que os resultados obtidos nos permitem refletir sobre a necessidade de encontrar e definir estratégias de apoio e “cuidar” de quem cuida, nomeadamente dos enfermeiros que exercem a sua atividade em contextos continuamente desgastantes a nível físico e emocional.

De forma a concluir o presente trabalho será importante salientar o quanto proveitoso se assumiu para o crescimento pessoal e profissional, aumentando a base de conhecimentos, não só no tema em questão, como nos diferentes métodos inerentes à sua realização.

BIBLIOGRAFIA

Abdallah, Taisir. (2009). *“Prevalence and predictors of burnout among Palestinian social workers” in International Social Work*. London: Sage Publications.

Albuquerque, A. (1990). *Stress, Causas, Prevenção e Controlo*. Lisboa: Texto Editora.

Albuquerque, L. C. (2001). *Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano*. Psicologia, Reflexão e Crítica. Acedido em 21 de março de 2013 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18814112>.

Alves, M.M. (2008). *Estudo das fontes de stresse em enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento clínico de um hospital central*. Universidade Fernando Pessoa. Acedido em 21 de março de 2013 <http://hdl.handle.net/10284/1077>.

Bedell, J. R., & Lennox, S. S. (1997). *Handbook for communication and problem-solving skills training: a cognitive-behavioral approach*. Nova York: John Wiley & Sons.

Becker, R. (2009). *Palliative care 2: exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care*: Nursing Times.

Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Cardoso, R. et al. (1988). *Avaliação do meio, auto conceito e mecanismos de coping*. *Psiquiatria Clínica*.

Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2007). *Preditores da Síndrome de Burnout em professores*: Psicol. Esc. Educ, vol.11, no.1. Acedido em 13 abril 2013 em http://pepsic.bvssi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572007000100010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1413-8557.

Chrousos e Gold. (1992). *The concepts of stress and stress system disorders*: Jama.

Collière, M. F. (2003). *Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. (4ª Ed). Lisboa: Lidel

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Direcção-Geral de saúde. (2005). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Falcão, A. (1990). *Relação entre clima organizacional e burnout*. Lisboa: Texto

Fenga, C. et al. (2007). *Burnout and acupational stress in nurses*. Med lav, 98 (1).

Ferreira, C.F. (2002). *Morrer na Presença de Quem Cuida*. Sinais Vitais, Revista nº 56, Setembro.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Gomes, S. (2009). *Burnout em enfermeiros no início de carreira: mestrado integrado em psicologia* Secção de psicologia dos recursos humanos, do trabalho e das organizações: universidade de Lisboa. Acedido em 13 abril 2013em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/864/1/18772_ulsd_dep.17745_Tese_de_Mestrado.pdf.

Halfer, D. & Graf, E. (2006). *Graduate Nurse Perceptions of The Work Experience*. *Nursing Economics*, nº 24.

Hennezel, M. et al (2000). *A Arte de Morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.

Lipp, M. (1996). *Stress: conceitos básicos*. Campinas: Papirus.

Lopes, M. (2006). *A Relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau,. ISBN 972-8485-6-X.

Lopp E. N. e Malagris, L. E. N. (2001). *O stress emocional e seu tratamento*. in: Rangé, Bernard *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*. São Paulo: Artmed.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística- com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo edições.

Maroco, J. e Tecedreiro, M. (2009). *“Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portuguesas” Psicologia, Saúde e Doenças*.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). "The measurement of experienced *burnout*" in *Journal of Occupational Behaviour*, p.99-113.

Maslach, C. (1986). *Burnout. Human Behaviour*, nº 4.

Maslach, C. & Jackson, E. (1997). *MBI – Inventário "Burnout" de Maslach*, Manual TEA, (211), Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Maslach, C. & Schaufeli, W. (2009). "*Burnout: 35 years of research and practice*", in *Career Development International*, vol.14 (3): Emerald Group Publishing Limited.

Mendes, P. (2002). *Quem é o cuidador?*. São Paulo: Unicamp.

Morin, E. (1970). *O Homem perante a Morte*, (2ª ed) Mem Martins: Publicações Europa-América.

Neto, I.G. (2004). *Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos*. Cascais: Pergaminho.

Novais, J. T. (2010). *Stress Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.

Nunes, L. et al. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, J. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.

Pafaro, R. C. & Martino, M. F. (2004). *Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas*. Acedido em: 18 Maio 2013 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000200005&script=sci_arttext.

Polit, D. F & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, (3ª ed). Portalegre: Artes Médicas.

- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros Portugueses*: Edições Sinais Vitais.
- Quivy, R. e Canpenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos (2005). *Crescer em stress*. Porto: Âmbar
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs, nº 80.
- Sá, L. (2008). *O assédio Moral e o burnout na Saúde Mental dos enfermeiros: Dissertação de doutoramento em saúde mental*. Porto: Universidade do Porto.
- Santos, A. & Cardoso, C. (2010). *Profissionais de Saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental*. Psicologia em Estudo, 15(2).
- Santos, O. (1995). *Ninguém morre de trabalhar: o mito do stress*. São Paulo: Textonovo.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção de enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Serra, V. (1987). *O Inventário de Resolução de Problemas*. Psiquiatria Clínica, nº9.
- Serra, V. (1988). *Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas*. *Psiquiatria Clínica*. Acedido em 13 abril 2013 em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18814112>.
- Serra, V. (2002). *O Stress na Vida de Todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editora.
- Silva, M.P. (2008). *Ansiedade e Burnout em Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários do Interior*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia- Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto – FPCE.

Silva, A. M. & Almeida, G. O. (2003). *A relação do burnout com o comprometimento Afetivo dos trabalhadores para com a empresa*. Acedido em: 15 Maio 2013:http://www.unihorizontes.br/novosite/banco_dissertacoes/130520111712226477.pdf.

Teixeira, F. C. C. (2010). *Stress e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários Do Distrito do Porto*. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência Edições.

Anexos

Anexo 1 - Questionário socio demográfico

Questionário sociodemográfico

Não escreva o nome. Assinale com uma X a resposta.

1. Sexo:

- ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade:

- ☐ < 25 anos ☐ 46-54 anos
☐ 26-35 anos ☐ >55 anos
☐ 36-45 anos

3. Formação Académica

- ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-graduação ☐ Especialização
☐ Mestrado ☐ Outro

4. Tempo de serviço:

- ☐ 0 a 5 anos ☐ 11 a 20 anos
☐ 6 a 10 anos ☐ 20 anos ou Mais

Anexo 2- Maslach Burnout Inventory

MBI – Masloch Burnout Inventory

Nesta página encontra 22 afirmações relacionadas com os sentimentos que o trabalho com as pessoas envolve. Leia cada uma delas cuidadosamente e pense se alguma vez sentiu algum dos sentimentos referidos. Preencha a quadrícula com o número a que corresponde a sua opção.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Poucas vezes (ou menos de uma por ano)	Uma vez por mes (ou menos)	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Todos os dias

1. Sinto-me emocionalmente afastado/a do meu trabalho..... ☐
2. Sinto-me "gasto (a)" no fim de um dia de trabalho..... ☐
3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar um novo dia de trabalho..... ☐
4. Posso compreender facilmente o que os doentes sentem..... ☐
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais..... ☐
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente um grande esforço para mim ☐
7. Lido com os problemas dos doentes muito eficientemente..... ☐
8. Sinto-me "gasto (a)" pelo meu trabalho..... ☐
9. Sinto que influencio a vida das pessoas através do meu trabalho..... ☐
10. Tenho-me tornado mais indiferente em relação às pessoas desde que trabalho nesta área..... ☐
11. Preocupa-me que esta área me esteja a tornar insensível (ou a endurecer) ☐
12. Sinto-me cheio de energia..... ☐

13. Sinto-me frustrado com o meu trabalho..... ☐
14. Sinto que trabalho de mais..... ☐
15. Realmente não me interessa o que acontece aos meus doentes ☐
16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me muito "stress"..... ☐
17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com os meus doentes ☐
18. Sinto-me satisfeito/a depois de ter trabalhado tão próximo dos meus doentes ☐
19. Tenho feito no meu trabalho muitas coisas que valem a pena ☐
20. Sinto que estou "nas últimas" ☐
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais muito calmamente..... ☐
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas..... ☐

Anexo 3 – Relação dos itens que integram cada uma das dimensões do Maslach Burnout Inventory

Relação dos itens que integram cada uma das dimensões do Maslash Burnout Inventory

Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
• Item 1	• Item 5	• Item 4*
• Item 2	• Item 10	• Item 7*
• Item 3	• Item 11	• Item 9*
• Item 6	• Item 15	• Item 12*
• Item 8	• Item 22	• Item 17*
• Item 13	• Item 18*	
• Item 14	• Item 19*	
• Item 16	• Item 21*	
• Item 20		

* Inverter pontuação dos itens

Fonte: MASLACH, C. (1986) - Burnout. Human Behaviour, 4, 161-194.

Anexo 4- Inventário de Resolução de Problemas

Inventário de Resolução de Problemas

(Copyright A. Vaz Serra, 1988)

INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões representa uma forma específica de reagir, quando um agente de stress pressiona um indivíduo. Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é apresentada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus comportamentos habituais. Coloque uma cruz (x) no quadrado que, em cada questão, melhor relata a sua maneira usual de reagir. Não há respostas certas ou erradas. Apenas existem as suas respostas possíveis. Responda, por isso, rápida, espontânea e honestamente a cada uma delas. Não se trata de procurar saber o que considera melhor, mas sim o que se passa realmente consigo.

-I-

Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data. Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns. Na discussão que tiveram, a razão está do seu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me ires pedir desculpa. Se o não fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e

exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no seu intimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa para lhe devolver. Conhece bem que muitos dos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhe disser. Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias. O

assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem

voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida. Contudo, ao relembrar o que se passou por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa, por outro lado receia as consequências.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Vou deixar correr esta situação: o tempo ajuda a resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontra-me como indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho que fazer no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria ocorrido: tive toda a culpa no que aconteceu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-II-

Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial. Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, vem contra si e o seu carro fica

bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha. Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por

apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa. É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
6. Estou perdido: este acontecimento deu cabo da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apesar de tudo tive muita sorte: as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida: devido a mim é que este problema está como está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-III-

Sentindo-se uma pessoa competente, em determinada área, vai ser posto à prova daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica, entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a

diminuí-to e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar, aos olhos de todos, se é ou não um indivíduo capaz

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim: que azar o meu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não me vou aborrecer com esta situação: o tempo há-de correr a meu favor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer: não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se querem guerra, tê-la-ão: não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer, hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz: sei que hei-de conseguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-IV-

Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
22. Passo longas horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Raramente consigo passar sem tarar medicamentos que me acalmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Meto-me na cama durante longas horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Chego a bater em mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou um psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-V-

A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
30. Pensar continuamente sobre os factos que me preocupam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Envolver-me apenas naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixem ficar mal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informações e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo 5- Relação dos itens que integram cada um dos fatores do Inventário de Resolução de Problemas

Anexo 5- Relação dos itens que integram cada um dos fatores do Inventário de Resolução de Problemas

F1 Pedido de ajuda	F2 Confronto e resolução activa dos problemas	F3 Abandono passivo perante a situação	F4 Controlo interno/externo dos problemas	F5 Estratégias de controlo das emoções	F6 Atitude activa de não interferência na vida quotidiana	F7 Agressividade internalizada/ externalizada	F8 Auto- responsabiliza- ção e medo das consequências	F9 Confronto com o problema e planificação da estratégia
• Item 5	• Item 21	• Item 1	• Item 6	• Item 23	• Item 3*	• Item 27	• Item 4	• Item 15*
• Item 11	• Item 31*	• Item 2	• Item 12	• Item 24	• Item 8*	• Item 28	• Item 10	• Item 17*
• Item 18	• Item 32*	• Item 7	• Item 14	• Item 25	• Item 9		• Item 16	• Item 22
• Item 20	• Item 33*		• Item 30	• Item 29	• Item 13		• Item 19	
• Item 26*	• Item 34*		• Item 35					
	• Item 36*		• Item 37					
	• Item 40*		• Item 38					
	•		• Item 39					

* Inverter pontuação dos itens

Fonte: Vaz Serra, A. (1988) – Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*. 9(4), 312-313.

Anexo 6- Pedido de Autorização

Exmo Sr.º Provedor da Santa Casa
da Misericórdia de Arcos de Valdevez

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

A aluna Diana Isabel Rodrigues Sequeira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “O stress do enfermeiro cuidador do doente em fim de vida” sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira. Este estudo tem como objetivo: Compreender os níveis de stress do enfermeiro cuidador do doente em fim de vida; e a colheita de dados será efetuada através da aplicação da Escala MBI (Maslach burnout inventory), no período da segunda quinzena de Setembro a finais de Outubro, junto de enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados-Vilagerações.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supra-citado.

Atenciosamente

Viana do Castelo, de Julho de 2012

Anexo 7- Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Eu, abaixo-assinado, (nome completo)-----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “O stress no enfermeiros cuidador de doentes em fim de vida”, realizado por Diana Isabel Rodrigues Sequeira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Foi informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Data: ____ / ____ / 20__

